Rok LI. Kraków, dnia 16. listopada 1912. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń

podała

Dr Ludwika Karpińska.

(Odczyt w Towarzystwie psychologicznem w Warszawie, oraz w gronie lekarzy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie).

(Ciąg dalszy).

Wspomniany przy pierwszym wyrazie z zaburzonego szeregu kojarzeń sposób kompleksowego reagowania na sygnał, t. j. brak wszelkiej reakcyi, jest nadzwyczaj ważnym i praktycznie przy analizie kojarzeń jednym z najdonioślejszych wskaźników kompleksu.

Wyraz, na który osoba badana nie reaguje, dotyczy zwykle kompleksów najistotniejszych, z którymi sobie i w życiu nie umie poradzić.

Sygnał	Reakcya	Odtworzenie
oczy ·	brak reakcyi	nie pamięta czy i jak reagowała
chory	»	» »
duma	»	» »
szyderstwo	»	» »

Badany, młody człowiek, jest chory na oczy (nerwica) i choroba ta jest tego rodzaju, że izoluje go od ludzi, podkopuje niemal całe jego istnienie i pozbawia możności pracy, gdyż czyni ją niemożliwą w obecności innych osób, izoluje go też towarzysko; »duma« jego cierpi bardzo nad tem, stara się on ukryć swoje cierpienie przed innymi, zwłaszcza z obawy »szyderstwa«. Choroba i wszystko, co się z nią wiąże, jest osią, około której kręci się całe jego życie wewnętrzne. Nie reaguje również przy wyrazie »pieniądz«, gdyż on dotyka drugiego rzędu co do doniosłości kompleksu, związanego zresztą z pierwszym; i tu osoba badana gubi się, nie wie, jak sobie radzić.

Wyliczone dotychczas zaburzenia w kojarzeniach, jako to: brak reakcyi, reakcyę niezwykłą w swej treści, przedłużenie czasu reakcyi i błędne odtwarzanie, musimy uważać za najważniejsze cechy kompleksowe, któremi zwłaszcza przy rozpoczynaniu doświadczeń kierować się musimy. W miarę zdobywania wprawy w analizowaniu występować dla nas będą wyraźnie inne jeszcze szczegóły kompleksowe, w których początkowo moglibyśmy się zgubić.

Przytoczę tu przykłady owych dalszych zaburzeń, wywoływanych przez kompleksy.

Przedewszystkiem kilka przykładów dla wskazania, w jaki sposób silne zabarwienie uczuciowe reakcyi krytycznej może ujawnić się w reakcyi pokrytycznej:

Sygnał	Reakcya	Czas r.
zapomnieć	trudno	4·2 sek.
las —	kowy	2·0 »
ręka	głaskać	5·4 »
budzić	budzik	2·2 »
zła	dumna	16·0 »
stół	muł	4·6 »

Pierwsza reakcya w tych trzech przykładach dotyczy kompleksu. Reakcye drugie wpadają jeszcze w obręb perseweruącego, trwającego zabarwienia uczuciowego reakcyi poprzedzającej, co widać z trochę przedłużonego czasu reakcyi i z jej p o w i e r z c h o w n o ś c i. Tego rodzaju skojarzenia, jak »budzić — budzik« należą do językowo-ruchowych (sprachlich-motorische) kojarzeń; »las — kowy« do dopełnień wyrazów, a »stół — muł« do rymów. Jak już wspominałam na początku, przy celowo odwróconej od sygnału uwadze stwierdził Jung, że liczba językowo-ruchowych i dźwiękowych skojarzeń wzrasta: jeżeli uwaga słabnie. Jeżeli uwaga słabnie, to powierzchowność, płytkość skojarzeń wzrasta i wartościowość zmniejsza się. Jeżeli w doświadczeniach nad kojarzeniami bez sztucznego odwracania uwagi zjawiają się nagle uderzająco powierzchowne skojarzenia, to słusznem jest przypuszczenie, że nastąpiło chwilowe osłabienie uwagi. Przyczyny należy szukać w w e w n ę t r z n e m o d c i ą g n i ę c i u uwagi. Jeżeli według instrukcyi osoba badana powinna zwracać uwagę na doświadczenie i jeżeli uwaga jej zmniejsza się bez możności podania przyczyny zewnętrznej tego zjawiska, w takim razie musi istnieć przyczyna wewnętrzna tego odciągnięcia uwagi; przyczynę tę znajdujemy przeważnie przy tej właśnie lub poprzedzającej reakcyi. Zjawiła się myśl o silnem zabarwieniu uczuciowem (kompleks), który dzięki swemu zabarwieniu uczuciowemu osiągnął wysoki stopień wyrazistości w umyśle, lub, jeżeli jest wyparty, działa otamowująco na świadomość i przez to znosi na krótki czas lub osłabia działanie wyobrażenia kierowniczego, t. j. uważania na sygnał. Słuszność tego twierdzenia da się przeważnie bez trudności dowieść za pomocą analizy. Zjawisko powyższe ma więc dla nas znaczenie jako cecha, znamionująca kompleks. Ze stanowiska teoretycznego jest przytem, jak już wspominałam, ważne, że kompleks nie potrzebuje być świadomy. Nawet wyparty ze świadomości może podziałać otamowująco na nią przez

zahamowanie uwagi; innemi słowy może zahamować sprawność intelektualną świadomości (przedłużony czas reakcyi), uniemożliwić (brak reakcyi) lub obniżyć jej wartość (skojarzenie dźwiękowe).

Wspomnę jeszcze w kilku słowach o subtelniejszych jeszcze zaburzeniach, wywoływanych przez kompleksy; tak np. osoby badane czasem niedosłyszą sygnału lub powtarzają go raz lub kilkakrotnie np.:

Sygnał	Reakcya	Czas r.
1. głód	życia	12·6 sek.
2. biały	biały, światło	2·8 »
3. dziecko	dziecko, to krzyczące tu	1·4 »

W tym przypadku kompleks dotyczy głównie sygnału pierwszego, jakkolwiek i sygnał następujący (»biały«) łączy się u osoby badanej poprzez kojarzenia śniegu, zimy, całunu z poruszonym kompleksem życia i śmierci, który u niej jest bardzo silny. Dodam, że osoba badana jest chora na gruźlicę. Kompleksowe powtarzanie sygnału przechodzi i na reakcyę trzecią. To powtórzenie sygnału widzimy u tej samej osoby (z zakresu tegoż samego kompleksu śmierci), gdy przy sygnale »kołek« powtarza go i reaguje wyrazem: »trumna« (10 sek.). Wogóle powtarzania sygnału są u niej bardzo częste w miejscach krytycznych lub pokrytycznych i często też występują u jej siostry i matki.

Kompleksowem również jest przesłyszanie się co do sygnału, t. j. słyszenie innego, dźwiękowo podobnego wyrazu, który nieraz jest wyraźnie kompleksowym lub też tłomaczenie sygnału w reakcyi na język obcy. Zaburzenia te występują przy krytycznych lub pokrytycznych reakcyach. Pewna pani kojarzy:

Sygnał	Reakcya
narzeczony	czyj
zimny (słyszy »dziwny«)	głupi

Kompleksowym sygnałem był »narzeczony«. Przesłyszenie następuje wskutek perseweracyi.

W innych przypadkach przesłyszenie następuje wskutek zasymilowania sygnału w sensie kompleksu.

I tak pewien pan kojarzy:

Sygnał	Reakcya
stary (słyszy »stały«)	nietrwały

Panu temu zarzucają niestałość i skłonność do flirtu.

Inny pan, którego liczne skojarzenia tyczące materyalnych trudności, w jakich się znajduje, analizowaliśmy na początku, słyszy zamiast sygnału »brat« — »brak« i kojarzy »pieniędzy« w myśl trapiących go kłopotów materyalnych.

Dalej podejrzane jest powtarzanie w reakcyach tych samych wyrazów, a zwłaszcza pozornie przedmiotowo i nieosobiście brzmiących, jak: »ktoś«, »czyjś«, »człowiek«, »kiedyś«, »być« itd., za którymi kryje się zwykle całkiem osobisty sposób reagowania, np.:

Sygnał	Reakcya
bogaty	człowiek
głupi	człowiek
współczucie	u człowieka
niesprawiedliwy	człowiek
pogardzać	kim
rozstać się	z kimś
uważać	na kogoś
sprzeczać się	z kimś
kłamać	komuś
bać się	kogoś
całować	kogoś
narzeczona	czyjaś
zadowolony	z czegoś

(są to kojarzenia jednej i tej samej osoby).

Kompleksowem też jest powtarzanie nietylko tych samych wyrazów, lecz i tych samych form reagowania, jak w przykładzie następującym. (Wyrazy, nie oddzielone odstępami, następują po sobie).

Sygnał	Reakcya	czas r.	Odtwarzanie
przyjazny	jednocześnie wróg	5·0 sek.	+
stół	do pisania	5·0 »	+
grzeszyć	niema czem	4·0 »	głupstwo
chleb	do jedzenia	3·4 »	do jedzenia z masłem
bogaty	jednocześnie nic nie mający	4·4 »	+
drzewo	do jedzenia	2·3 »	do robienia rzeczy
umrzeć	jak najprędzej	4·0 »	komedya
sól	do jedzenia	2·3 »	słona
kochany	obojętny	5·2 »	niecenny
szklanka	do wody	2·6 »	do picia wody
sprzeczać się	ordynarnie	3·8 »	grubijaństwo
futro	do pokrycia	4·6 »	+
duży	wielki	8·6 »	piękny
marchew	do jedzenia	4·6 »	+

Są to kojarzenia tej samej młodej kobiety, której uczucia względem męża już analizowaliśmy. I tu reakcye kompleksowe obracają się koło tych samych uczuć, co poprzednio; kompleksy zdradzają się prócz treści reakcyi, przedłużonego czasu reakcyi i błędnego odtwarzania, w charakterystycznej definiującej formie reakcyi pokrytycznych. W swem zmieszaniu, zahamowaniu intelektualnem, wywołanem przez kompleksy, osoba badana ucieka się do formy reagowania, właściwej osobom umysłowo nizko stojącym.

Kompleksowem wreszcie jest reagowanie mimo uprzedniej wskazówki zapomocą zdań całych na sygnał. Tego rodzaju reagowanie bywa zwykłym objawem tylko u osób psychicznie chorych lub niewykształconych. Jeżeli osoby wykształcone, reagujące zwykle zapomocą jednego wyrazu, naraz zaczynają reagować całemi zdaniami, to wskazuje na to, że chodzi tu o kompleks. Ta cecha kompleksowa występować może zarówno w reakcyach krytycznych, jak pokrytycznych.

Taż sama osoba badana, o której mówiłam przed chwilą, reaguje na sygnał:

Sygnał	Reakcya
rodzina	nie potrzeba jej wcale na świecie

A wiemy już z analizy, że ten właśnie wyraz ogniskuje w sobie niejako cały kompleks.

Inna osoba badana, starsza panna, w której sercu wciąż jeszcze niezabliźnioną jest rana zawodu miłosnego, reaguje na:

Sygnał	Reakcya	Czas r.	Odtworzenie
drogi	o jej, już nie wiem kto, brat, swat	8 sek.	siostrzeniec

U tej samej osoby badanej znajdujemy następującą reakcyę:

Sygnał	Reakcya	Czas r.	Odtworzenie
stara	stara, stara, suknia	5 sek.	kobieta
kwiat	już znowu kwitnący	2 »	+

Tu dotknęliśmy bolesnego kompleksu zbliżającej się starości; sygnał »stara« nasuwa osobie badanej ją samą, niepowrotnie minioną młodość; nieobojętność tej treści zdradza się w reakcyi krytycznej zapomocą kilku nagromadzonych cech kompleksowych (powtarzania sygnału, przedłużony czas reakcyi i błędne odtwarzanie, dające wprost wyraz, zdradzający istotę kompleksu: stara — »kobieta« — ona sama) oraz w reakcyi pokrytycznej zapomocą reagowania zdaniem, które i w treści swej jest dostosowane do kompleksu: ona postarzała i nigdy już nie wrócą urocze dni młodości, tylko kwiaty kwitną nanowo z każdą wiosną: wiosna życia mija bezpowrotnie.

Wreszcie zwrócę uwagę przy zbieraniu kojarzeń na pewne »imponderabilia«, które trudno odtworzyć w opisie, a które dają nieraz cenne wskazówki przy analizie, mianowicie śmiech, rumieniec, ton głosu, zacinanie się i cała mimika osoby badanej.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Nowsze sposoby badania fizyologicznej czynności błędnika nie akustycznego i ich znaczenie praktyczne dla rozpoznania chorób błędnika i ośrodkowego układu nerwowego.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

R. Spira.

(Dokończenie).

Część II.

Praktyczne znaczenie wyników badania sprawności narządu przedsionkowego dla rozpoznania chorób A. błędnika, B. ośrodkowego układu nerwowego.

A. Co do sprawności błędnika, to może ona być 1) prawidłowa, 2) pobudzona, 3) zmniejszona, 4) zniesiona. Jak błędnik ma się zachowywać w stanie prawidłowym, wspomnieliśmy przy różnych próbach.

W stanie drugim istnieje silny zawrót głowy i nudności przy każdej zmianie położenia ciała, niemożność prostego trzymania się lub chodzenia, szczególnie z zamkniętemi oczyma, nieraz niemożność powstrzymania się od padania ku stronie chorej, samodzielne drżenie oczu ku tej stronie. Wszystkie próby wyżej wymienione wykazują powiększoną pubudliwość błędnika. Po obracaniu biernem występuje silniejszy zawrót głowy, nudności i nawet wymioty, wrażenie podmiotowe obrotu w stronę przeciwną i drżenie oczu trwa dłuższy czas, 40—60″. Jeżeli przedtem istniało samoistne drżenie oczu, to ono po obracaniu staje się znacznie silniejsze. Jeżeli to nie następuje, to można myśleć, że błędnik jest zniszczony, a drżenie oczu jest pochodzenia zabłędnikowego (z pnia n. przedsionkowego lub z jego ośrodków).

W stanach trzecim i czwartym może brakować objawów podmiotowych, a cierpienie daje się wykryć dopiero przez nieprawidłowe odczyny, otrzymane zapomocą różnych wyżej wymienionych sposobów badania. Zniesienie czynności błędnika wywołuje czasem tylko niepewność w staniu i chodzeniu i padanie może być tylko następstwem odruchu, powstałego dla uniknięcia upadnięcia ku przeciwnej stronie. Krótki czas po uszkodzeniu jednego błędnika istnieje ny. ku drugiej stronie i chory leży zawsze na zdrowym boku, gdyż wtedy dolegliwości podmiotowe są najmniejsze. Każdy ruch głowy powiększa ny. Stan taki trwa jednak tylko 2—3 dni, a potem ustępuje. Niektórzy otyatrzy sądzą, że narząd przedsionkowy zdrowy jednej strony może prawie zupełnie zastępować zniesioną czynność strony drugiej.

Zaburzenia równowagi, o ile można wyłączyć przyczynę nerwową, są zawsze dowodem podrażnienia lub porażenia jednego lub drugiego przewodu półkolistego. Obustronne zniszczenie błędników często nie wywołuje żadnych objawów. Mackenzie spostrzegał jednak zaburzenia równowagi przy staniu i prostolinijnym ruchu także w przypadkach z zupełnem obustronnem zniszczeniem błędnika, w których nawet przez obracanie nie można było wywołać zaburzeń równowagi. Przyczynę tego objawu upatruje Mackenzie w uszkodzeniu zakończeń nerwowych w woreczkach przedsionkowych. To się zgadza z teoryą Mach-Breuera, polegającą na tem, że percepcyę ruchów prostolinijnych przyznać należy właśnie tym woreczkom.

Zdaniem Heilskova objawy podmiotowe same, jak zawrót głowy, wymioty, zaburzenia równowagi, nie mogą mieć wielkiej wartości dla rozpoznania choroby błędnika, gdyż mogą one być pochodzenia nie błędnikowego, ale móżdżkowego. Podobnie samoistny ny. może wystąpić jako objaw podrażnienia przy ropnem zapaleniu ucha środkowego, w następstwie ucisku bez poważnego zajęcia błędnika.

Według Hautanta można sądzić o stopniu zajęcia błędnika według następujących wyników: 1) Ny kaloryczny +, próba przetokowa + = prosty ubytek w kostnej ścianie przedsionka. 2) Ny kaloryczny —, próba przetokowa + = silne porażenie zakończeń n. przedsionkowego. 3) Próba kaloryczna —, próba przetokowa — = zupełne zniszczenie tych zakończeń.

Barany sądzi, że zawrót głowy, występujący po urazie i trwający bez przerwy, ale z coraz mniejszem nasileniem, świadczy napewno o zniszczeniu narządu przedsionkowego. Gdzie zaś zawrót głowy występuje tylko napadowo z wolnemi przerwami, można zniszczenie to wyłączyć.

Alexander podaje dla określenia stopnia i okresu choroby błędnika natępującą formułę:

	Prawidłowo	I Okres początkowy	II Okres podrażnienia zapalnego	III Okres porażenia zapalnego	IV Okres końcowy	V Okres ubiegłego i wyleczonego ropienia rozlanego
Ny samoistny	o	ku obu stronom	ku stronie chorej	ku stronie zdrowej	ku obu stronom	o
Zawrót głowy	o	o	+	+	o	o
Zaburzenia równowagi	o	o	+	+	+	+
Pobudliwość	prawidłowa	prawidłowa	chorobowo powiększona	chorobowo zmniejszona	o	o
Zdolność słuchowa	+	+	+	o	o	o

Ruttin utrzymuje, że objawy podniecenia lub ubytkowe (Ausfallserscheinungen) ze strony narządu ślimakowego obok niedotknięcia narządu łukowatego, jak również odwrotnie ostre objawy podrażnienia lub niesprawności narządu przedsionkowego z niedotknięciem narządu ślimakowego wskazują na zabłędnikową siedzibę choroby; ostre zaś takie objawy równoczesne z jednego i z drugiego narządu częściej pochodzą z choroby śródbłędnikowej. Dla rozpoznania chorób błędnika podaje Ruttin oprócz odpowiednich wywiadów i zmian w słuchu następujące wskazówki:

Zapalenie ograniczone błędnika: Próba przetokowa ujemna, odczyn kaloryczny dodatni i ny. samoistny po obu stronach przy krańcowem bocznem ustawieniu gałek ocznych.

Rozlane surowicze następowe zapalenie błędnika: Ny. samoistny ku stronie zdrowej, odczyn kaloryczny brakujący lub słaby, próba przetokowa dodatnia.

Rozlane ropne zapalenie utajone błędnika: Brak pobudliwości błędnika na wszystkie bodźce, ny. samoistny po obu stronach, zależy od ustawienia oczu. Przy długotrwałem zupełnem zniszczeniu i zupełnem skostnieniu lub sekwestracyi błędnika może nastąpić wyrównanie przez błędnik drugiej strony i wskutek tego ny. poobrotowy, po obu stronach równy. Objaw ten tłumaczy Ruttin w ten sposób, że ny. tu niezależnie od kierunku rotacyi wywołany jest ze strony błędnika zdrowego, w którym przez wyrównanie ruchy endolimfy od szerokiego końca do wązkiego i odwrotnie stanowią równie silny bodziec.

Zresztą przemawia za sekwestracyą błędnika trójca objawów: zupełna głuchota, odczyny: obrotowy, kaloryczny, przetokowy — ujemne i porażenie n. twarzowego.

Część autorów nie przypisuje probie galwanicznej wielkiej wartości praktycznej, ponieważ prąd elektryczny działa także na zakończenia nerwowe w przedsionku i na sam pień nerwu, tak że próba może wypaść dodatnio mimo zniszczenia przewodów łukowatych. Inni zaś uważają odczyn galwaniczny za bardzo ważną wskazówkę rozpoznawczą, zwłaszcza w połączeniu z innemi próbami odczynowemi.

Babiński stwierdził, że w stanie podrażnienia błędnika prąd zwykły wywołuje odczyn znacznie silniejszy, nieprzyjemny, godzinami się utrzymujący. Równocześnie odczyn kaloryczny jest znacznie silniejszy. Przy zniszczeniu zaś błędnika zawrót galwaniczny jest znacznie słabszy i chory może znosić znacznie silniejszy prąd, niż zwykle. W przypadkach obustronnego zajęcia błędnika mogą ruchy głowy nie występować wcale nawet przy prądzie 15—20 MA.

W jednostronnem zajęciu błędnika czasem głowa przy elektryzowaniu pochyla się ku stronie chorej niezależnie od kierunku prądu, innym razem tylko ku stronie zdrowej, albo też głowa pochyla się ku chorej stronie, jeżeli tam znajduje się biegun dodatni, a przy odwróceniu kierunku prądu głowa pochyla się ku tyłowi. W obustronnem zajęciu błędnika głowa pochyla się przeważnie ku stronie więcej chorej.

Odmiany zawrotu galwanicznego idą często w parze z odmianami odczynu kalorycznego, jednakże nie zawsze. Babiński widział chorych z odczynem kalorycznym prawidłowym, u których badanie elektryczne stwierdziło uszkodzenie narządu przedsionkowego i odwrotnie można czasem znaleść jeszcze ślady zawrotu galwanicznego tam, gdzie już niema śladu odczynu kalorycznego. Takie przypadki można tłomaczyć tem, że błędnik już stracił całkiem pobudliwość kaloryczną, a zachował jeszcze część pobudliwości elektrycznej, albo też tem, że zawrót galwaniczny może w pewnych przypadkach być wywołany przez galwaniczne podrażnienie n. przedsionkowego poza błędnikiem.

Te odmiany odczynu galwanicznego mogą zdaniem Babińskiego dostarczyć bardzo cennych wskazówek dla odkrycia nawet lekkich zaburzeń sprawności błędnika i mogą mieć wielką wagę tam, gdzie chodzi o odróżnienie prawdziwej choroby usznej od poddawanej lub udawanej, w przypadkach sądowo-lekarskich lub dla orzeczenia znawców w przypadkach nieszczęśliwych i t. p.

Zdania Babińskiego, że często chory, niezależnie od kierunku prądu, pada stale ku stronie chorej, Barany nie potwierdza. Barany znalazł, że ny. występuje zawsze po stronie katody, odchylenie głowy w kierunku przeciwnym.

Mackenzie znajdował odczyn galwaniczny średnio przy prądzie 4 MA. W przypadkach z podrażnieniem błędnika drżenie oczu przy katodzie na chorej stronie występuje znacznie wcześniej, t. zn. przy prądzie słabszym niż zwykle. W przypadkach jednostronnego zniszczenia błędnika zauważa się silny ny. samoistny ku stronie zdrowej, brak odczynu kalorycznego po stronie chorej, znaczne osłabienie ny. poobrotowego po stronie chorej, słabszy i krótszy ny. galwaniczny po tej samej stronie. Jeżeli ny. przy katodzie na chorej stronie występuje dopiero przy 2—3 razy silniejszym prądzie, niż po stronie zdrowej, zakończenia n. przedsionkowego po chorej stronie już nie działają, a prąd galwaniczny pobudza tylko pień tego nerwu. W takich przypadkach próba kaloryczna po tej stronie wypadnie ujemnie.

Mackenzie doszedł do następujących wniosków: 1) Z faktu, że w największej części przypadków jednostronnego zniszczenia błędnika istnieje dodatni odczyn katody po tej stronie, wynika w tych przypadkach całość lub sprawność n. przedsionkowego po chorej stronie. 2) W przypadkach, w których odczyn katody wymaga po chorej stronie prądu 2—3 razy większego, niż po stronie zdrowej, należy przypuścić, że statyczne zakończenia nerwowe nie działają.

W przypadkach jednostronnie chorobowo powiększonej pobudliwości błędnika widział Mackenzie napady zawrotu obrotowego, zaburzenia równowagi, zwiększoną pobudliwość galwaniczną, objawiającą się w ten sposób, że wystarczał słabszy prąd z katodą na chorej stronie i z anodą na zdrowej stronie dla wywołania odczynu po stronie chorej. Z tego wynika, że nadmierna pobudliwość elektryczna przemawia zawsze za chorobowem podnieceniem odpowiedniej strony i że z siły prądu, potrzebnej do wywołania odczynu, można osądzić stopień chorobowego wzmożenia pobudliwości. W ten sposób odczyn galwaniczny daje nam doskonały środek do ilościowego badania pobudliwości błędnika statycznego, środek znacznie większej wartości, niż badanie zapomocą krzesła obrotowego.

Wyniki badań Mackenziego można streścić w następujący sposób:

W przypadkach jednostronnego zniszczenia błędnika znajdujemy: 1) jednostronną głuchotę 2) ny. samoistny po stronie zdrowej; po chorej stronie 3) ujemną pobudliwość kaloryczną, 4) bardzo osłabiony ny. poobrotowy, 5) słabszy ny. galwaniczny, 6) wybitne zaburzenia równowagi. W przypadkach z obustronnem zniszczeniem błędnika znajdą się: 1) zupełna głuchota, 2) ujemna pobudliwość kaloryczna, 3) ujemna pobudliwość na krześle obrotowem, 4) ujemna lub zmniejszona pobudliwość galwaniczna. W przypadkach z chorobową powiększoną pobudliwością błędnika: 1) napady zawrotu głowy, 2) słuch utrzymany, 3) dodatnia pobudliwość kaloryczna, 4) chorobowo powiększona pobudliwość na krześle obrotowem i 5) galwaniczna.

Wielkie znaczenie mogą mieć te próby, jeżeli chodzi o przedmiotowe stwierdzenie uszkodzenia ucha lub głowy w przypadkach sądowo-lekarskich, wypadkowych, ubezpieczeniowych i t. p.

Według Alta wykazanie uszkodzenia przedsionka jest ważne dla odróżnienia choroby zawodowej ucha od choroby wskutek wypadku. W pierwszej przeważnie część ślimakowa błędnika jest zajęta, część zaś przedsionkowa wyjątkowo tylko bywa dotknięta. Przeciwnie w chorobie urazowej błędnika, objawy ze strony przedsionka regularnie dają się wykazać. Alt zwraca także słusznie uwagę na to, żeby tam, gdzie chodzi o orzeczenie znawcy, badanie kilka razy powtarzać i nigdy nie wykonywać go po obu stronach w tym samym dniu.

Jeszcze ważniejsze usługi mogą nam oddać te bada-

nia, jeżeli po urazie w głowę, uderzeniu lub upadnięciu należy rozstrzygnąć, czy dolegliwości nerwowe, na które uszkodzony narzeka, istnieją w rzeczywistości, czy są tylko udane. Oprócz badania głowy i ucha co do uszkodzeń zewnętrznych i słuchu może badanie czynności narządu równowagi znacznie przyczynić się do odróżnienia chorego od zdrowego. Jeżeli np. chory narzeka na zawrót głowy, można przedmiotowo przekonać się o prawdziwości jego skarg przez sztuczne wywołanie lekkiego napadu, jeżeli 1) przez szybkie pochylenie, nagłe poruszenie głowy, jednorazowe obrócenie występuje ny., albo jeżeli w każdym napadzie zawrotu głowy występuje regularnie ny., lub jeżeli istnieje napadowo występujący ny. samoistny, 2) przy próbie kalorycznej występuje gwałtowny odczyn w postaci drżenia oczu, zawrotu głowy, względnie i upadnięcia, zapadu i inne objawy nerwowe.

Rhese widział po wstrząśnieniu głowy u osób z utrzymaną pobudliwością układu łukowatego przy kalorycznem podrażnieniu błędnika w największej części przypadków znaczne przyspieszenie tętna, zaczerwienienie się i blednięcie twarzy, wystąpienie czerwonych plam na twarzy i na piersiach, czasem i poty. Stan ten trwa kilka minut, potem następuje osłabienie, stan zapadowy, zwolnienie tętna. Ponieważ osoby nerwowe mogą na takie podrażnienie oddziaływać w równy sposób, należy się przekonać, czy odczyn ten występuje tylko po podrażnieniu jednej strony, a jeżeli występuje po obu stronach, to czy jest wybitna różnica w stopniu odczynu między jedną a drugą stroną. Zupełnie równy odczyn po obu stronach może być skutkiem ogólnej nerwowości, wielka zaś różnica między jedną a drugą stroną przemawia za zajęciem błędnika, a zatem za uszkodzeniem śródczaszkowem.

Jeżeli odczyn po obu stronach jest bardzo silny i badany sprawia potem przez dłuższy czas wrażenie cierpiącego, należy również przypuścić uszkodzenie błędnika, gdyż u nerwowych odczyn zwykle trwa krótko i rychło mija.

Zupełny brak ny. ma doniosłe znaczenie, gdyż można z tego wnosić o silniejszem uszkodzeniu organicznem, o ile uraz był dość silny, by je wywołać i o ile można udowodnić, że przedsionek przed urazem był zupełnie zdrowy i oddziaływał prawidłowo. Jeżeli mimo wielokrotnych prób kalorycznych nie można wywołać zawrotu głowy, to można stwierdzić, że badany niema skłonności do zawrotu.

Berlstein wykrył w przypadkach nerwicy urazowej obok skrócenia przewodnictwa kostnego dla dźwięków, większego po stronie urazu, samoistny ny. po obu stronach, wystąpienie ny. samoistnego przy szybkich ruchach głowy, znacznie wzmożoną pobudliwość narządu przedsionkowego na bodźce kaloryczne, ruchowe i galwaniczne i wystąpienie bardzo silnych objawów podmiotowych podczas odczynu. Badani pocą się nadmiernie, doznają uczucia bardzo silnych zawrotów głowy, nudności, wymiotów i zaburzeń naczynio-ruchowych, jak blednienie i czerwienienie się naprzemian, przyspieszenie i napięcie, to malenie tętna.

Wszystkie te objawy, występujące w czasie badania narządu łukowatego, czynią prawdopodobnem twierdzenie badanego, że cierpi na zawroty głowy. Brak zaś tych objawów usprawiedliwia podejrzenie udawania.

B. Dalsze badania i spostrzeżenia wykazały, że odczyny narządu przedsionkowego mogą mieć wielkie znaczenie rozpoznawcze także w chorobach ośrodkowego układu nerwowego. Już oddawna wiadomo, że w móżdżku znajduje się inerwacya mięśni kończyn, że w chorobach móżdżku występuje zawrót głowy, zataczanie się, czasem i ny. i bezład. Jeszcze Flourensowi powiodło się stwierdzić, że przy uszkodzeniu różnych części układu nerwowego ośrodkowego występują podobne zaburzenia równowagi, jak przy uszkodzeniu przewodów łukowatych. Wystąpienie zezu i różnych ruchów oczu po drażnieniu mechanicznem i elektrycznem i po uszkodzeniu różnych części móżdżku wywołali Magendie (1824), Hitzig (1874), Schwan (1878), Ferrier, Prevost, Högyes (1881) i inni.

Klinicznie można poznać taką chorobę w pewnych przypadkach już po zachowaniu się drżenia oczu. Ny. samoistny jest zwykle objawem podrażnienia błędnika i ustaje po zniszczeniu tegoż. Jeżeli zaś ny. mimo zniszczenia błędnika utrzymuje się, wtedy musi on być pochodzenia śródczaszkowego. I tak Neumann znachodził często w ropniach móżdżku ny pochodzenia móżdżkowego. Neumann sądzi, że ny. samoistny w następstwie organicznego zapalenia błędnika skierowany jest ku stronie chorej. Jeżeli zapalenie ucha wiedzie do utraty pobudliwości narządu przedsionkowego, ny. zmienia kierunek ku stronie przeciwnej, gdzie się utrzymuje aż do zupełnego zniszczenia błędnika. Jeżeli zaś błędnik po jednej stronie jest przez chorobę całkiem zniszczony, lub przez operacyę wyłuszczony, a ny. utrzymuje się mimo to dalej po tej samej stronie, to należy przypuścić zajęcie móżdżku po tej stronie.

Rzeczywiście Neumann i Barany spostrzegali, że w takich chorobach jednostronnych błędnika, w których zwykle odczyny po tej stronie wypadają ujemnie, mogą one okazać się dodatnimi, jeżeli po tej stronie jest ropień móżdżku. Zdaniem Ruttina objaw ten należy tłomaczyć w ten sposób, że istnieją między jądrem nerwu przedsionkowego a móżdżkiem włókna hamujące odczyny błędnikowe. Jeżeli przez jakąś sprawę chorobową włókna te tracą swoją sprawność, pobudliwość przedsionka po tej stronie nabiera przewagi i stąd drżenie oczu ku chorej stronie.

Babiński stwierdzał odmienne oddziaływanie ucha na prąd elektryczny w chorobach móżdżku. Sądzi on, że zboczenia te mogą przyczynić się do rozpoznania pewnych spraw chorobowych układu nerwowego ośrodkowego i należą do najwcześniejszych objawów przedmiotowych nowotworów w moście i móżdżku. Zasługują one zatem na uwagę nietylko lekarzy otyatrów, lecz niemniej neurologów i lekarzy znawców.

Według prawa Baranyego kierunek padania przy próbie Romberga podczas drżenia oczu zależy od kierunku drżenia oczu i ułożenia głowy (p. wyżej). Barany wykazał, że jeżeli istnieje choroba móżdżku, rzecz ma się inaczej. Chory z ny. na lewo, pada na lewo albo ku tyłowi, i położenie głowy pozostaje bez wpływu na kierunek padania. Różnica między ny. przedsionkowym, a móżdżkowym, leży właśnie w tem, że pierwszy jest w pewnym stosunku do kierunku zataczania się, w drugim takiego stosunku niema.

Na podstawie rozumowań anatomicznych i fizyologicznych i spostrzeżeń klinicznych określa Barany jako źródło przedsionkowych ruchów odczynowych głowy jądro Deitersa, jako źródło ruchów odczynowych ciała korę móżdżku.

W ten sposób udawało się Baranyemu rozpoznać nietylko zmianę móżdżku samą, ale także stronę, po której zmiana się usadowiła. Jeżeli przy ny., wywołanym z jednego ucha, można przez zmianę ułożenia głowy wywoływać padanie ku pewnej zamierzonej (upatrzonej) stronie, przy ny. zaś, wywołanym z drugiego ucha, takiego wpływu ustawienia głowy na kierunek padania niema, to można przyjąć ognisko w móżdżku tej drugiej strony. Przyczyna ta leży w zmianach robaka móżdżkowego, które wywołują zaburzenia równowagi.

Barany tłomaczy to w ten sposób: Jeżeli u zdrowego przez skręcenie głowy kierunek padania się zmienia, mimo że ny. jest taki sam, to musimy przypuścić inerwacyę innych mięśni kończyn przez podrażnienie mięśni i stawów szyi przy skręceniu głowy. Inerwacya dośrodkowa, wychodząca z mięśni i stawów szyi, musi na pewnym punkcie mózgu złączyć się z inerwacyą, wychodzącą z przewodów łukowatych i wspólnie z nią działać. Barany przypuszcza, że włókna rdzeniowo-móżdżkowe spotykają się w korze móżdżku z włóknami n. przedsionkowego. W ten sposób pewien połączony jest z pewną inerwacyą mięśni ciała. Przy skręcaniu głowy powstaje inerwacya innego włókna

dośrodkowego wywołująca inerwacyę, innego włókna odśrodkowego. Barany sądzi, że mechanizm ten ma siedzibę w korze robaka, która według Nothnagla i innych badaczy jest w związku z równowagą ciała. Przez zmiany w tem miejscu mechanizm ten ulega uszkodzeniu i wpływ położenia głowy na kierunek padania odpada.

Cechujące zmiany znajdowano także w nowotworach n. słuchowego. Berlstein widział w takich przypadkach obok zupełnej głuchoty brak odczynu przedsionkowego na wszystkie bodźce po stronie chorej, wzmożoną pobudliwość na bodźce kaloryczne po stronie zdrowej i zgodnie z teoryą Ruttina o odpadnięciu włókien hamujących, samoistne drżenie oczu ku stronie chorej, kierunek padania po stronie chorej niezależny od ustawienia głowy.

Dalsze badania i spostrzeżenia doprowadziły Baranyego do przyjęcia innych ośrodków w mózgu na podstawie badań odczynów ze strony narządu przedsionkowego. Jeżeli się pokazuje zdrowemu pewien punkt i każe mu się wskazać punkt ten końcem palca przy zamkniętych oczach, to zwykle badany wskaże ten punkt mniej więcej dobrze. Jeżeli badany ma równocześnie drżenie oczu, wtedy zbacza palcem w bok do pewnej odległości. W celu mierzenia stopnia odchylenia przy takich próbach pokazania (Zeigerversuch) ręką, ramieniem lub nogą, podał Barany osobny przyrząd. Przyrząd ten składa się z płyty 5 cm szerokiej i 50 cm długiej, zgiętej w postaci półkola wymiaru 80 cm i opatrzonej podziałką ze znakami w odległości każdych 5 ctm. Tę płytę trzyma się przed badanym, który ma palcem ręki lub nogi dotknąć punkt środkowy, zaznaczony jako zero. Potem oddaliwszy rękę ma badany przy zamkniętych oczach punkt ten jeszcze raz pokazać. Okazuje się, że badany podczas samoistnego lub sztucznie wywołanego drżenia oczu nie trafia dobrze i wskazuje na punkt, mniej lub więcej od zera oddalony, i to oddalenie można mierzyć na podziałce przyrządu. Dla mierzenia stopnia odchylenia podczas poziomego drżenia oczu trzyma się przyrząd poziomo przed badanym, podczas pionowego drżenia oczu przyrząd trzyma się przed badanym w kierunku pionowym, podczas ny obrotowego w kierunku pionowym po jednej stronie badanego. Barany stwierdził, że zboczenie przy pokazaniu następuje zawsze w kierunku przeciwnym kierunkowi drżenia oczu. Jeżeli jest ny. obrotowy na prawo, to prawe ramię zbacza ku górze, lewe ku dołowi. Można także zboczenie to badać w stawie nadgarstkowym, jeżeli się opiera przedramię np. na poręczy krzesła. Przytem można badać w ustawieniu ręki grzbietem ku górze, albo na dół. Dalej bada się z głową ustawioną prosto, jakoteż na prawo lub na lewo pochyloną.

Zbaczanie to zależy od przedsionkowej inerwacyi mięśni ramienia. Chodzi o to, skąd inerwacya ta wychodzi. Otóż spostrzeżenia Baranyego dowiodły, że zboczenia takiego niema w pewnych chorobach móżdżku i doprowadziły do wniosku, że w korze móżdżku znajdują się osobne ośrodki inerwacyjne dla różnych stanów, kierunków i ułożenia kończyn. Jeżeli istnieje zmiana w korze móżdżku i jeden z tych ośrodków stracił swoją sprawność, to zboczenie odpowiedniej kończyny podczas drżenia oczu ku stronie przeciwnej odpada i badany pokazuje trafnie, jak bez drżenia oczu. W ten sposób mamy wskazówki dla rozpoznania zmian w móżdżku i dla oznaczenia strony zajętej.

Inny ważny szczegół, przemawiający za taką siedzibą tych ośrodków, polega na spostrzeżeniu, że w świeżych przypadkach ropnia w móżdżku i prawdopodobnie urazu móżdżku chory bez drżenia oczu, a więc samodzielnie nie pokazuje trafnie, lecz ze zboczeniem ku stronie chorej.

Podobnie, jak w chorobach robaka występuje samoistnie padanie ku stronie zajętej, tak zbaczanie kończyny przy próbie pokazania jest cechą choroby kory móżdżkowej. Barany tłómaczy to tem, że zboczenie to wywołane jest podrażnieniem tego samego ośrodka, którego zniszczenie wywołuje niemożność zboczenia ku tej stronie podczas drżenia oczu. Jak w chorobach robaka brakuje prawidłowego odczynu padania, tak w chorobach móżdżku odpada prawidłowe zboczenie kończyny przy próbie pokazania.

Dalszym dowodem, że inerwacya ta wychodzi od móżdżku, jest okoliczność, że zboczenie to zmienia się nawet u zdrowych przy zmianie ułożenia głowy, podobnie jak zaburzenie równowagi. Jeżeli przy ny. na lewo badany chyli głowę o 90° na lewo, wtedy nie pokazuje palcem na prawo, lecz ku górze. Przy głowie zaś pochylonej na prawo palec zbacza ku dołowi. Dla tłomaczenia tego zjawiska należy przyjąć w korze móżdżkowej podobny mechanizm, jak w korze robaka.

Lecz nietylko zmiana pobudzeń stawów głowy i szyi może wywoływać zmianę w zboczeniu przy równem podrażnieniu narządu łukowatego, lecz także pobudzenie narządu otolitów samo może to sprawić. Człowiek z ny. na lewo pokazuje na prawo także w ułożeniu poziomem na wznak. Jeżeli się teraz położy na bok lewy, drżenie oczu się nie zmienia i także ułożenie głowy wobec reszty ciała pozostaje niezmienionem. Mimo to zmienia się kierunek zboczenia palca przy pokazywaniu. Objaw ten można tu odnieść tylko do zmiany inerwacyi narządu otolitów.

Barany próbował także wyłączyć metodą Trendelenburga czasowo czynność pewnej części kory móżdżkowej przez zraszanie zimną wodą albo zadziałanie chlorku etylu. Wybrał w tym celu osoby, u których po operacyi móżdżek był pokryty tylko oponą twardą i cienką skórą. Przytem występowały różne zboczenia kończyn, odbiegające od prawidła w próbie pokazania.

Zapomocą takich prób i doświadczeń udało się Baranyemu wykazać ośrodek dla ruchu ramienia na wewnątrz w korze móżdżkowej tuż za przyczepem małżowiny usznej, ośrodek dla ruchu ramienia na zewnątrz 5 cm. za tym przyczepem i ośrodek dla ruchów ręki w stawie nadgarstkowym w tej części móżdżku, która leży naprzeciw tylnej ściany kości skalistej, poza otworem przewodu wewnętrznego ucha.

W 2 przypadkach stwardnienia rozsianego znalazł Ruttin: 1) ny. samoistny, ku stronie chorej silniejszy; 2) obustronne równoczesne płukanie ucha zimną wodą wywołuje ny. ku stronie chorej silniejszy; 3) na przemian raz sprawność, raz niesprawność błędnika ślimakowego i przedsionkowego; 4) padanie ku stronie chorej, niezależnie od kierunku ny. i od ustawienia głowy; 5) w jednym przypadku stała głuchota jednostronna.

Po wyłączeniu histeryi, nowotworu i wodogłowia wnosi Ruttin, że chodzi w tym przypadku a) o ognisko stwardnienia w obrębie pnia n. słuchowego, a wnosi to na podstawie objawu trzeciego; częsta zmiana między czynnością a porażeniem różnych nerwów i odcinków nerwowych należy bowiem do typowego obrazu tej choroby; taksamo niezgodność objawów przedmiotowych braku czynności błędnika z brakiem objawów podmiotowych (zawrót głowy, wymioty) przemawia za tą chorobą, w której podobne objawy mamy w obrębie mm. ocznych; b) o ognisko w móżdżku; za tem przemawiają objawy 1, 2 i 4. Objawy pod 1 i 2 tłomaczy Ruttin, jak już wyżej podano, przerwaniem włókien hamujących między jądrem n. przedsionkowego a móżdżkiem. Objaw zaś czwarty tłómaczy się według Baranyego zniszczeniem ośrodka, w którym schodzą się włókna od jądra Deitersa z włóknami czuciowemi od stawów szyi. Objaw piąty należy tłómaczyć dalszym postępem choroby po tej stronie i mniejszą odpornością n. ślimakowego w porównaniu do n. przedsionkowego.

W ten sposób zyskaliśmy cały szereg wskazówek, które na podstawie zboczeń sprawności narządu statycznego pozwalają obok innych objawów rozpoznać choroby móżdżku. I tak znajdujemy tu zwykle samoistny ny. ku stronie chorej, wzmożoną pobudliwość błędnika nieakustycznego po tej stronie, padanie ku tej stronie niezależnie od kierunku drżenia oczu i ustawienia głowy obok braku ob-

jawów podmiotowych (zawrót głowy, nudności i t. p.), zboczenie w odczynie pokazywania ręką, lub ramieniem.

Jak Barany sądzi, przyjdzie czas, kiedy nietylko przypadki podejrzane co do choroby móżdżku, lecz każdy przypadek neurologiczny będzie musiał być poddany tym metodom badania, które zajmują tu podobnie ważne miejsce, jak badanie odruchów ścięgien lub źrenicy.

Że z badań sprawności narządu przedsionkowego możemy zyskać wskazówki dla rozpoznania także chorób innych części układu nerwowego, dowodzą następujące doświadczenia:

Babiński spostrzegał, że przy galwanizowaniu ucha oddziaływanie w postaci ruchów głowy nie występuje, albo występuje dopiero przy znacznie silniejszym prądzie w obustronnem zajęciu błędnika statycznego. Podobną zwiększoną odporność na prąd spostrzegał w nowotworach śródczaszkowych, połączonych z obrzękiem mózgu i ze zwiększeniem parcia płynu mózgowo-rdzeniowego.

Rhese pisze, że czasem możemy zapomocą odczynów przedsionkowych stwierdzić ognisko chorobowe w mózgu, którego bez nich nie możnaby rozpoznać. Rhese opisuje przypadek, w którym po wystrzykaniu ucha tylko uszkodzonej strony, jak również po obracaniu ku tej stronie, powstał typowy napad kurczowy w obrębie początkowo n. twarzowego, następnie n. dodatkowego, później po całej stronie uszkodzonej i nakoniec całego ciała, połączony ze zboczeniem oczu w jedną stronę (deviation conjugée). Rhese sądzi, że tym przypadku uraz wywołał wybroczynę w korze mózgowej strony przeciwnej, ognisko to było jednak za małe, by wywołać objawy podrażnienia, które powstały dopiero po dołączeniu się podrażnienia przedsionkowego.

Barany spostrzegał w pewnych chorobach napad drżenia oczu z zawrotem głowy przy nagłem pochyleniu głowy ku tyłowi, ku przodowi, na prawo, lub na lewo. Napad trwał $^1/_2$ minuty. Kierunek ny. do pewnego stopnia zależy od kierunku ruchu głowy. I tak pochylenie na prawo wywołuje ny. obrotowy na prawo, pochylenie na lewo ny. obrotowy na lewo. Taksamo obracanie lub siadanie z położenia na wznak wywołuje ny. obrotowy. Objaw ten występuje nietylko w samych chorobach ucha wewnętrznego, ale także w wielkim szeregu chorób śródczaszkowych z udziałem narządu przedsionkowego, jak w stwardnieniu rozsianem, w nowotworach mózgu, w ostrem zapaleniu mózgu, w zapaleniu kiłowem opon mózgowych, w zatruciu nikotyną, alkoholem, lecz tylko wtedy, jeżeli nie doszło jeszcze do zupełnego zniszczenia narządu łukowatego. Praktyczne znaczenie tych napadów leży w tem, że 1) zawroty głowy, podawane przez chorego, dają się przez sztucznie wywołany ny. sprawdzać przedmiotowo; 2) po sile i kierunku ny. można wnosić o siedzibie choroby po prawej lub lewej stronie. Jeżeli np. choroba usadowiła się po stronie prawej, pochylenie głowy na prawo wywołuje znacznie silniejszy ny., niż pochylenie na lewo. Czasem pochylenie głowy ku zdrowej stronie wcale ny. nie wywołuje i wtedy pochylenie ku tyłowi wywołuje przeważnie także ny. ku stronie chorej.

Berlstein otrzymywał w pewnych chorobach mózgowych przy odczynie kalorycznym zamiast drżenia oczu zboczenie obu gałek ocznych (deviation conjugée), między innymi u chorych na porażenie nadjądrowe.

Inna teorya Baranyego tyczy się ośrodka dla inerwacyi przedsionkowej w korze mózgowej. Barany spostrzegł, że badany, który podczas ny. przy pokazywaniu pewnego punktu odchyla rękę ku stronie przeciwnej, przecież mając pokazać własny swój nos, trafia dobrze bez odchylenia. Fakt ten tłómaczy Barany tem, że inerwacya przedsionkowa zostaje poprawiona przez korę mózgu. Barany sądzi, że czynność ta następuje za pośrednictwem ramion łączących (brachia conjunctiva), przebiegających od kory móżdżku przez jądro czerwone do kory mózgu. Z tego wynika, że w przypadku atetozy połowiczej, gdzie według obecnego stanu nauki przypuszcza się przerwanie tych »ramion łączących« z jednej strony mózgu, taka poprawa inerwacyi móżdżkowej musi być niemożliwa, zatem powinno przy wskazywaniu nosa podczas drżenia oczu wystąpić podobne odchylenie ręki, jak przy wskazywaniu innego punktu poza ustrojem. Przypadek chciał, że Barany trafił na takiego chorego, u którego przypuszczenie to zupełnie się sprawdziło.

W ostatnim czasie podał Barany na zgromadzeniu niemieckiego Towarzystwa otologicznego w Hanowerze w maju 1912 nowy zbiór objawów, który spostrzegał w 30 przypadkach, a mianowicie: Przy prawostronnem zajęciu znajdują się: 1) ból głowy w prawym tylnym dole czaszkowym, szczególnie za uchem; 2) wrażliwość wyrostka sutkowego na ucisk; 3) napady zawrotu głowy; 4) obniżenie pobudliwości kalorycznej po prawej stronie; 5) upośledzenie słuchu po tej samej stronie przyrody nerwowej; 6) szum w uchu po tej stronie; 7) samoistne odchylenie na zewnątrz, to jest na prawo, przy próbie wskazywania w stawie nadgarstkowym prawym dłonią na dół; 8) brak odczynu pokazania na wewnątrz (na lewo) w prawym stawie nadgarstkowym dłonią na dół przy ny. na prawo; 9, 10 i 11) w niektórych przypadkach obniżenie liczby tętna i odruchu rogówki po prawej stronie i objawy mostowe po stronie prawej.

Jako dalsze szczegóły zaznaczyć należy: a) nagły początek, dobrowolne wahania i względnie nagłe znikanie wszystkich objawów chorobowych; b) stosunek tej choroby do migreny i padaczki; c) stosunek jej do przeważnie już wyleczonego zapalenia ropnego ucha środkowego prawego; d) wpływ leczniczy, względnie uleczalność wszystkich objawów przez nakłucie lędźwiowe, odsłonięcie opony twardej, względnie, jako »ultimum refugium«, przez nacięcie opony twardej w obrębie prawego tylnego dołu czaszkowego od strony wyrostka sutkowego.

Za przyczynę uważa Barany ograniczone nagromadzenie się płynu w t. zw. zbiorniku mostowym (cisterna pontis) w kącie mostowo-móżdżkowym. Do takiego nagromadzenia się płynu może przyczynić się silne spłaszczenie tylnego dołu czaszkowego, czasowe zaniknięcie otworu Magendiego, prawdopodobnie zlepienie pajęczynówki z oponą naczyniową wskutek surowiczego zapalenia opon mózgowych.

Połączenie objawów usznych ze wskazaniem ręką w stawie nadgarstkowym na zewnątrz najprawdopodobniej zależy od położenia módżkowego ośrodka dla ruchów ręki na wewnątrz w obrębie zbiornika kąta móżdżkowo-mostkowego. Porażenie tego ośrodka wskutek zwiększonego parcia w zbiorniku wywołuje samoistne odchylenie ręki na zewnątrz i brak odczynu pokazania na wewnątrz. Tego dowodzą przypadki, w których nacięto tę część móżdżku po operacyi na błędniku, poczem spostrzegano odosobnione odchylenie ręki w stawie nadgarstkowym chorej strony na zewnątrz.

Jeżeli ten zbiór objawów wyleczy się bądź to samodzielnie, bądź przez wymienione wyżej zabiegi, to ustępuje ból i zawrót głowy, upośledzenie słuchu, szum w uchu i odchylenie w pokazywaniu często w przeciągu kilku dni. Do stanu prawidłowego może w starszych przypadkach słuch nie powrócić wcale, albo tylko bardzo powoli. Nawrotom choroby nie można zapobiedz, zdarzają się one jednak nie często i w większych tylko odstępach czasu. W jednym przypadku spostrzeżono przeniesienie się choroby na drugą stronę. Połączenie z histeryą nie jest rzadkie. Zdarzają się także przypadki szczątkowe, w których brak jednego albo drugiego objawu.

Pod wpływem używania alkoholu niezawsze spostrzegano u ludzi samoistne drżenie oczu, jakie Ruthfeld widział u królików. Berlstein miał sposobność kilkakrotnie badać chorych zatrutych wyskokiem w sposób ostry i przewlekły i nie zauważył zmian w kierunku odczynów przedsionkowych, ani nie spostrzegał w takich przypadkach nigdy samoistnego drżenia oczu.

Rothfeld zaś spostrzegał często u alkoholików drżenie oczu przy szybkich ruchach i samoistne.

Dla zupełności dodać należy, że Morian znalazł na

materyale klinicznym przy zatruciu wyskokiem zmiany przedewszystkiem w gałęzi ślimakowej i zwiększenie pobudliwości gałęzi przedsionkowej. Żytowicz zaś stwierdził u królików zwyrodnienia gałęzi ślimakowej i przedsionkowej, u ludzi natomiast spostrzegał zmniejszenie pobudliwości gałęzi przedsionkowej.

Krankheit und soziale Lage. Herausgegeben von Prof. Dr Mosse und M. Tugendreich (Berlin). München, J. F. Lehmann's Verlag. 1912. Zeszyt II, str. 262 (233 do 495) (Cena 6 marek).

Zdając przed kilku miesiącami (»Przegląd lekarski« 1912. Nr 20. str. 365) sprawę z pierwszego zeszytu zbiorowemi siłami opracowanego dzieła: »Choroba a położenie społeczne«, starałem się pokrótce określić charakter tego wydawnictwa, będącego poniekąd podręcznikiem »patologii i terapii socyalnej«, a obejmującego znaczną część tego od niedawna wyodrębniającego się działu nauk, który niezbyt trafnie nazwano higieną społeczną. Wtedy też podniosłem zalety i wady całego przedsięwzięcia, o ile one już w pierwszych rozdziałach dzieła się zarysowały. Ponieważ zaś w dalszej części książki tej powtarzają się tesame dobre i złe strony, przeto nie potrzebuję ich tu nanowo rozpatrywać; to tylko jedno należy zauważyć, że w 6 rozdziałach, wypełniających zeszyt drugi, mniej się odczuwa różnice w zastosowaniu się poszczególnych autorów do potrzeb czytelnika, a przynajmniej czytelnik-lekarz mniej spotyka rzeczy, sobie już poprzednio znanych, i więcej może stosunkowo znajduje drogowskazów w wycieczkach na nieznane sobie pola zagadnień socyologicznych.

Pod względem układu ma większość rozdziałów, zawartych w drugim zeszycie, tę wyższość nad treścią zeszytu pierwszego, że są zaopatrzone przy końcu w rekapitulacyę przedmiotu i w treściwie ujęte wnioski, do których autor doszedł.

Zeszyt drugi rozpoczyna się rozdziałem (szóstym w księdze): »O wpływie położenia socyalnego na chorobowość i śmiertelność kobiet«, napisanym przez Dr Weinberga ze Stuttgardu. Po wstępnych uwagach o metodzie badań, przechodzi autor ten kolejno: statystykę chorobowości i śmiertelności kobiet w porównaniu z mężczyznami, społeczne różnice śmiertelności po miastach i na wsi, stosunek położenia socyalnego do płodności kobiet, wpływ ciąży i połogu na śmiertelność, wpływ rozmaitych chorób, przyczem szczegółowiej rozpatruje ze społecznego punktu ważne zagadnienie wpływu gruźlicy na ciążę i poród, a w końcu roztrząsa sprawę pracy zarobkowej kobiet i ochrony robotnic.

Bardzo zajmujące są dwa następne rozdziały, pióra Dr Tugendreicha, dyrektora »Opieki nad niemowlętami« w Berlinie i Dr Fürsta, lekarza szkolnego w Hamburgu, a dotyczące wpływu czynników socyalnych na wiek dziecięcy. Tugendreich dochodzi do wniosku, że karmienie piersią chroni oseski od rozmaitych wpływów szkodliwych w stopniu tak znacznym, iż ten wpływ ochronny przeważa nawet nad ujemnym wpływem ubóstwa. Położenie społeczne matek przeszkadza jednakże bardzo często w karmieniu piersią, a przynajmniej w karmieniu przez czas dostatecznie długi. U dzieci zaś, karmionych sztucznie, zaznacza się wybitnie ujemny wpływ ubóstwa na chorobowość i śmiertelność. Zdanie to Tugendreicha, oparte na zbadaniu stosunków panujących w Niemczech, zapewne nie dałoby się sprawdzić u nas z wyjątkiem ognisk przemysłowych, gdzie zarobkowanie kobiet, ujęte w kleszcze wielkiego przemysłu, niewątpliwie zaczyna działać podobnie, jak na zachodzie. Dalszym wynikiem badań Tugendreicha jest spostrzeżenie, że u starszych niemowląt, które już nie są oseskami, słabnie zwolna wpływ czynników socyalnych na chorobowość i śmiertelność; dotychczasowe badania nie dozwalają zaś dokładnie określić, o ile w tym wieku działa jeszcze korzystnie wpływ wykarmienia piersią, tj. o ile zdrowie dzieci tak wykarmionych jest na szkodliwe wpływy socyalne odporniejsze od zdrowia dzieci wykarmionych sztucznie, co jednak jest bardzo prawdopodobne, o ile dotyczy drugiego roku życia dziecka. Z tych swoich spostrzeżeń wysnuwa Tugendreich wniosek, że przedłużenie karmienia poza pierwszy rok życia niemowlęcia byłoby ze stanowiska społeczno-higienicznego korzystne, dalej, że należy starać się przygotować dziewczęta do przyszłego ich zadania jako matek, ucząc je dokładnie opieki i wychowywania niemowląt, a w końcu, że ze stanowiska postulatów opieki nad niemowlętami byłoby rzeczą wagi pierwszorzędnej, gdyby matki mogły od zarobkowania powrócić do dawniejszej swej roli: gospodyni domu i wychowawczyni potomstwa. Toteż niezmiernie doniosłe jest zdanie Grubera, że wprawdzie wszelkie urządzenia dobroczynne dla dzieci, wszelkie żłóbki, schroniska, ochronki, uzdrowiska i t. p. są rzeczą dobrą i słuszną, ale że to są wszystko tylko surogaty najważniejszego zadania socyalnego, to jest wychowania dzieci na łonie rodziny, owego »fundamentu społeczeństwa, bez którego społeczeństwo kulturalne nie mogłoby istnieć i rozwijać się«.

Bardzo bogaty materyał zebrał Fürst w rozdziale następnym, traktującym o wpływie położenia socyalnego na uzdolnienie do szkoły. Fürst rozpatruje sprawę nieprzyjmowania do szkół dzieci wątłych i chorych, dalej rozwój fizyczny dzieci wstępujących do szkół i wpływ czynników socyalnych, który w tym względzie stwierdzić można, stosunek tychże czynników do częstości takich chorób, jak krzywica, zołzy, gruźlica u dzieci, następnie alkoholizm i jego działanie w stosunkach szkolnych, warunki mieszkania, sen, odzież, pożywienie, w końcu znaczenie zarobkowania dziatwy i zarobkowania matek.

Mniej zadowalniającym — nie ze względu na sposób opracowania, ale ze względu na brak wyraźnych wyników badania — jest rozdział IX., napisany przez Dr Meisnera, generał-lekarza z Berlina, a rozpatrujący wpływ położenia społecznego na uzdolnienie do wojska. Jedynym bowiem właściwie wnioskiem pozytywnym, do jakiego Meisner dochodzi, jest stwierdzenie, że w okolicach rolniczych uzdolnienie do wojska jest większe, niż w okolicach przemysłowych, zgodnie z tem, co ogólnie dotąd przypuszczano. Natomiast nie dochodzi Meisner w swoich badaniach do żadnego szczegółowego obrazu zależności, w jakiej uzdolnienie do wojska zależy od wielu innych czynników socyalnych.

Następny, X. rozdział, skreślony przez doc. Vossa z Düsseldorfu, a dotyczący wpływu przyczyn przyrody społecznej na choroby nerwowe i umysłowe, samobójstwo, zbrodnie, prostytucyę i włóczęgostwo, porusza się więcej na terenie zagadnień kryminalistycznych i t. zw. »ludnościowych«, niż na terenie zagadnień lekarskich, dlatego muszę go tu pominąć, chociaż przedstawia się nader zajmująco.

Rozdział wreszcie XI., o wpływie położenia socyalnego na alkoholizm (Dr Langnera z Wiesbadenu), omawia przedmiot, znany dostatecznie z publikacyi o alkoholizmie których i w naszej literaturze kilka posiadamy.

Końcowy, trzeci zeszyt dzieła ma się ukazać jeszcze w roku bieżącym z pod prasy. C.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Lewaschew. **W sprawie swoistego leczenia gruźlicy płuc.** (Münch. med. Wochenschrift. 1912. Nr 25). Robiąc doświadczenia z tryparosanem, przysłanym przez Ehrlicha celem zastosowania w durze plamistym, zastosował Lew. ten przetwór także u chorych gruźliczych z wynikiem

nadspodziewanie pomyślnym. Tryparosan stosował L. tylko w ciężkich postaciach gruźlicy płuc, chcąc w ten sposób uniknąć zarzutu, że polepszenie, jakieby ewentualnie nastąpiło po stosowaniu tego środka, polegało na samowyleczeniu. Nieliczny materyał, na którym autor stosował ten środek, nie pozwala wyciągnąć pewniejszych wniosków, zachęca jednak do dalszych prób w tym kierunku.

M. Sokołowski.

A. Lorand. **O bólu głowy i racyonalnem jego leczeniu.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 41). Opierając się na spostrzeżeniu, że niekiedy bardzo silne bóle głowy ustępują z chwilą zjawienia się samorodnego silnego krwotoku nosowego, zastosował L. przy bólach głowy u siebie i u swych chorych środki drażniące silnie błonę śluzową nosa i sprowadzające obfite wydzielanie śluzu. Skutkiem drażnienia błony śluzowej krew i limfa dopływają do nosa ze splotów żylnych opon mózgowych, przez co zmniejsza się ciśnienie śródczaszkowe, a tem samem ustępuje ból głowy. W celu wywołania przekrwienia używa L. tabaczki mentolowej, lub, gdy chodzi o silniejsze działanie, a nie ma przeciwwskazań, tabaczki z dodatkiem ciemierzycy (radix veratri albi). Leczenie tego rodzaju ma być skuteczne zwłaszcza przy sprawach zapalnych, toczących się w mózgu i jego oponach.

M. Sokołowski.

C. Fischer. **Barwny odczyn wydzieliny skóry nad gruźliczemi ogniskami w płucach.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 33). Pocierając klatkę piersiową chorego na gruźlicę płuc rozczynem $^1/_2{}^0/_{00}$ żelazocyanku potasowożelazowego i bezpośrednio potem $1^0/_{00}$ rozczynem chlorku żelazowego stwierdził F., że po stronie zdrowej wytwarza się błękit pruski, po stronie zaś chorej albo nie wytwarza się wcale, lub odczyn wypada słabiej. Skóra zatem ponad częściami płuc, zajętemi gruźlicą, ulega również zmianom. Odczyn ten ma być wyraźny zwłaszcza w świeżych przypadkach gruźlicy płuc, wybitnie występuje również przy zaostrzaniu się starej sprawy chorobowej. W gruźlicy wyleczonej odczyn wypadał ujemnie. Czasem pojawiał się odczyn dodatni jeszcze przed jakiemikolwiek zmianami osłuchowemi, jednakże wynik ujemny nie świadczy jeszcze, zdaniem F., o braku świeżych lub wyleczonych ognisk.

M. Sokołowski.

H. Quincke. **Limfurya?** (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr 25). Znane są białkomocze, występujące bez zmian anatomicznych w nerkach. Etyologia tych postaci białkomoczu jest różna, i tak Leube stwierdził białkomocz. występujący po znacznych wysiłkach fizycznych, Flensburg po zimnych kąpielach. Aufrecht u rodzących. Ciekawą postać białkomoczu zauważył przypadkowo Schreiber; mianowicie uciskając jednostronnie klatkę piersiową przyrządem o dwóch pelotach, spostrzegł, że jeśli peloty przesunęły się ku linii środkowej ciała, to występował białkomocz, trwający 1—4 godzin. Klinicznie najważniejszy jest białkomocz ortostatyczny. Według Jehlesa u dzieci z tem cierpieniem można wywołać białkomocz nawet w pozycyi leżącej zapomocą sztucznego wygięcia kręgosłupa ku przodowi. W tłómaczeniu powstawania tych rodzajów białkomoczu nie brano jeszcze w rachubę możliwości domieszki limfy do moczu, limfuryi, analogicznie do chyluryi, która z białkomoczem, zwłaszcza ortostatycznym, ma wiele wspólnych cech. Koniecznym warunkiem powstania mleczomoczu (chyluryi) jest prąd wsteczny w naczyniach, łączących naczynia mleczowe z naczyniami limfatycznemi nerek i komunikacya tychże naczyń limfatycznych z drogami moczowemi. Jeśli warunki te są spełnione, wówczas występuje znamienne mleczne zabarwienie moczu; jeśli jednak do moczu domiesza się zwykła limfa, to stan ten tem łatwiej uchodzi naszej uwadze, że możliwości tej dotychczas nie brano w rachubę. Quincke przypuszcza, że przynajmniej pewien rodzaj białkomoczu powstaje właśnie dzięki takiej domieszce limfy do moczu. Przypuszczenie to zdają się potwierdzać badania Stahra i Kumity, stwierdzające niezwykle bogatą sieć naczyń limfatycznych nietylko w torebce nerek, lecz także w samym ich miąższu, komunikującą, jak to stwierdzono nastrzykaniem, z naczyniami limfatycznemi jelita cienkiego. Pewne zatem postacie białkomoczu ortostatycznego dałyby się może wytłómaczyć przedostaniem się limfy do dróg moczowych skutkiem czy to zagięcia, czy ucisku pni limfatycznych przy równoczesnem istnieniu otworów komunikacyjnych z drogami moczowemi.

H. Sokołowska.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Thiem. **Gruźlica prosówkowa a nieszczęśliwe wypadki.** (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwessen 1912. Nr 6). 48-letni robotnik przy robocie w d. 4. maja 1911, a mianowicie przy przecinaniu 23 mm grubego, szczególnie niepodatnego żelaza, doznał gwałtownego szarpnięcia, które sprawiło, że skutkiem przemijającego wyczerpania robotnik ten musiał przerwać pracę prawie na godzinę, siedział blady i uczuwał piekący ból po obu stronach tyłogłowia rozpromieniający się ku szyi. Pomimo, że nie czuł się zupełnie zdrowym, pracował w tym dniu, podobnie jak i w dwóch najbliższych dalej, praca jego jednakże była mniej wydatna, on zaś skarżył się na osłabienie i brak apetytu. W d. 8 maja zgłosił się po raz pierwszy do lekarza; 18. maja stwierdzono u niego gorączkę, 22. maja zniesienie mowy i utratę władzy w prawej ręce, potem w całej kończynie górnej i dolnej prawej. 3. czerwca trepanacya czaszki; liczne gruzełki opon miękkich. Śmierć 7. czerwca 1911. Sekcya wykazała ogólną prosówkową gruźlicę (płuc, otrzewnej, nerek, wątroby), stare zmiany gruźlicze w szczytach płuc i rozległą gruźlicę gruczołów śródpiersia i przedkręgowych, aż do wysokości podziału aorty. Thiem objaśnia przebieg choroby w sposób następujący: Przebicie ogniska gruźliczego w gruczołach do tętnicy brzusznej w następstwie urazu, jakiego doznał ów robotnik 4. maja; zakażenie prątkami krwi; rozsianie się prątków w obrębie narządów jamy brzusznej (wątroba, otrzewna, nerki) wśród objawów durowatej postaci gruźlicy prosówkowej (typhoide Form). Pod wpływem tego zakażenia i rozprzestrzeniania się sprawy gruźliczej wystąpiła gorączka i dreszcze 18. maja. Pod wpływem zaś tego gorączkowego stanu zaostrzenie się starej gruźlicy szczytów płuc, z następowem dostaniem się prątków do jednej z żył płucnych. W ten sposób, według autora, staje się zrozumiałem, że oponowe objawy gruźlicy wystąpiły dopiero 22. maja w tak gwałtowny i ostry sposób. Na podstawie tych wywodów przyjmuje Thiem z wszelkiem prawdopodobieństwem związek przyczynowy między urazem, doznanym 4. maja, a ostrą gruźlicą prosówkową. Obszerny materyał dowodowy i piśmiennictwo, przytoczone przez Thiema, nie nadają się do streszczenia. J. Olbrycht.

Friedinger: **Ostre zatrucie benzyną u dziecka.** (Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr 5). U 11-miesięcznej słabo rozwiniętej dziewczynki, cierpiącej na wyprysk, stosowano oprócz innych sposobów leczniczych opatrunki plastrowe, ponieważ nie można było całego ciała pokryć przeciwgnilnymi okładami. Przy zmianie opatrunku oddalano kawałki plastrów i pozostałości po nich na skórze zapomocą benzyny. Wkrótce po zmianie opatrunku dziecko zaczęło być bardzo niespokojne, dostało wymiotów i drgawek. Na drugi dzień pogorszył się stan dziecka do tego stopnia, że było prawie umierające. Pojawiły się drgawki kloniczne i toniczne mięśni obu kończyn, szyi i gałek ocznych, głębokie wciągnięcie dolnego otworu klatki piersiowej przy silnej wdechowej duszności, następnie bezustanne wymioty po spożyciu mleka, przyspieszenie czynności serca i podwyższenie ciepłoty. Po użyciu odpowiednich środków (zdjęcie opatrunku, kąpiele, podanie wody białkowej i t. d.) poprawił się zwolna stan dziecka zupełnie.

Autor sądzi, że w tym przypadku chodziło bez wątpliwości o ostre zatrucie benzyną, ponieważ objawy zatrucia wystąpiły prawie bezpośrednio po technicznem zastosowaniu benzyny i w sposób dość charakterystyczny. Na-

stępnie zastanawia się nad objawami zatrucia benzyną i mniema, że benzyna ulatniająca się była wdychiwana przez dziecko, a prawdopodobnie największa jej część została wessana przez skórę, tembardziej, że zastosowane plastry musiały utrudniać jej ulotnienie się. W każdym razie opisany przypadek poucza, że nawet przy czysto technicznem używaniu benzyny należy być ostrożnym, o ile chodzi o dzieci wątłe i w młodym wieku, ponieważ nawet małe ilości wdychiwanej i przez skórę wessanej benzyny mogą, jak widać, wywołać groźne skutki. J. Olbrycht.

Doederlein: **O sztucznem zapładnianiu** (Münch. med. Wochenschr. 1912 Nr 20). Autor oblicza najpierw odsetkowo częstość bezpłodnych małżeństw, która według Rohledera wynosi $10^0/_0$, jednak w pewnych okolicznościach prawie się podwaja. Co się tyczy przyczyn bezpłodności, to wina leży o wiele częściej po stronie mężczyzny, niż kobiety. U mężczyzny są przyczyną schorzenia różnorodne rdzenia, wady rozwojowe części płciowych, oligospermia, azoospermia, nekrospermia. U kobiety, pominąwszy rozmaite ginekologiczne schorzenia zapalnej i nowotworowej przyrody, niedokształt i zboczenia w położeniu części płciowych, a zwłaszcza ruchome tyłozgięcie macicy uważa D. za najczęstszą przyczynę niepłodności. Następnie zajmuje się D. obszerniej próbami i wynikami sztucznego zapłodnienia u zwierząt, przyczem zaznajamia czytelnika z ciekawemi badaniami Iwanoffa, których główne wyniki przedstawiają się, jak następuje: Sam akt płciowy i z nim związane podniecenie płciowe nie są konieczne do zapłodnienia. Również rozcieńczenie nasienia w surowicy krwi lub w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej nie upośledza jego zdolności zapłodnienia. Trwanie ciąży podobnie, jak i rozwój płodu, nie były inne po sztucznem zapłodnieniu, np. u konia wynosiły jak zwykle 11 miesięcy. Już wstrzyknięcie nasienia do pochwy umożliwia zapłodnienie; jednakże pewniejszem okazało się wstrzykiwanie wprost do szyi macicy. Jeżeli nasienie trzymano w cieple, to możliwem było uzyskanie zapłodnienia niem jeszcze w dwie godziny po wytrysku. Zwłaszcza dla ludzkiej patologii może mieć znaczenie odkrycie Iwanoffa, że nasienie, dobyte z samego jądra zapomocą nakłucia, zawiera plemniki ruchome i zdolne do życia nawet dłużej, niż w nasieniu wytryśniętem. Wreszcie omawia D. 6 własnych przypadków sztucznego zapładniania u ludzi, z tych jeden z wynikiem dodatnim. Chodziło tu o 24-letnią kobietę, od 6 lat niepłodną mimo różnych zabiegów w tym kierunku przedsiębranych, której D. wstrzyknął na 1 dzień przed miesiączkowaniem nasienie, wzięte wprost z kondoma, zapomocą jałowej strzykawki Brauna do jamy macicy. Po tem wstrzyknięciu chora więcej nie spółkowała i zaszła w ciążę, jak to wykazało badanie w 4 miesiące potem. Wstrzykiwania można dokonywać po poprzedniem zbadaniu mikroskopowem nasienia, wśród ścisłej aseptyki i najwyżej 2 krople nasienia.

J. Olbrycht.

Bode: **Zwężenie obu moczowodów przez ciało obce, znajdujące się w pochwie.** (Münch. m. Wochenschr. 1912 Nr 21). 50-letnia niezamężna kobieta, okazująca od wielu lat objawy psychopatyczne, znana oddawna z powodu wybryków na tle seksualnem, była operowana w latach 1896 i 1898 z powodu przedarcia cewki moczowej i przetoki pochwowo-pęcherzowej, jakich doznała przez masturbacyę różnymi przedmiotami, jak dłutami, gwoździami i t. p. W listopadzie 1911 została w beznadziejnym stanie przyjęta do szpitala i w kilka dni potem zmarła. Sekcya wykazała wprowadzony celem masturbacyi do pochwy odłamany, 8 cm w średnicy liczący kawałek rączki od parasola, który swoją górną, podobną do gałki częścią, przylegał ściśle do macicy, trzonek zaś jego znachodził się w pochwie. Dość ostry koniec trzonka przebił przednią ścianę pochwy i tylną ścianę pęcherza, górna zaś dość szeroka część uciskała oba moczowody tuż przed ich ujściem do pęcherza. Rozległe zmiany w tkankach w otoczeniu ciała obcego przemawiały za tem, że musiało ono już dawniej tam się dostać, prawdopodobnie jeszcze w r. 1898, tembardziej, że od tego czasu datowały się skargi chorej na bóle i trudności przy oddawaniu moczu. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

1) Czł. Napoleon Cybulski przedstawia pracę p. J. Cytowicza: **O wpływie krwi żylnej niektórych gruczołów na ciśnienie krwi.**

Doświadczenia prof. Cybulskiego wykazały, że krew żylna nadnercza podwyższa ciśnienie krwi w ustroju; autor zbadał zatem wpływ krwi z żył niektórych gruczołów przed i podczas ich drażnienia. Wyniki badania są następujące:

Odwłókniona krew żyły biodrowej wstrzykiwana dla kontroli	0—15 mm	średnio 7 mm
Rozczyn soli kuchennej $0{\cdot}9\,^0/_0$	0—10 »	» 7 »
Krew żyl. z grucz. tarczow. nie drażnionego . .	10—30 »	» 13 »
Krew żyl. z grucz. tarczow. podczas drażnienia n. krtaniow. górnego . .	10—40 »	» 21 »
Krew żylna z trzustki głodnego zwierzęcia . .	10—30 »	» 15 »
Krew żylna z trzustki po dodaniu do dwunastnicy $0{\cdot}4\,^0/_0$ HCl.	10—45 »	» 18 »
Krew żylna z nadnercza .	40—180 »	» 80 »

Krew pozostałych gruczołów zbadanych, jako to: gruczołu ślinowego, podszczękowego, śledziony, nerki, jądra, wywoływa podniesienie ciśnienia średnio o 10—15 mm.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. Dra J. Bańkowskiego i Dra Z. Szymanowskiego.: **Studya z dziedziny anafilaksyi. Część IV. Toksyczne własności surowicy krwi ludzkiej.**

Surowica krwi ludzkiej, wstrzyknięta do żyły morskiej śwince, zabija ją przy ostrych objawach wstrząsu anafilaktycznego, w dawce, wynoszącej około $0{\cdot}5\,^0/_0$ wagi świnki. W przebiegu duru brzusznego dawka ta spaść może do $0{\cdot}25\,^0/_0$, w przebiegu płonicy (względnie odry) do $0{\cdot}13\,^0/_0$. Surowica płodu ludzkiego jest prawie atoksyczna dla morskiej świnki. Dawki, wynoszące do $2{\cdot}5\,^0/_0$ wagi świnki, zabijają dopiero po upływie dłuższego czasu przy objawach przewlekłego zatrucia anafilaktycznego. Doświadczenie anafilaktyczne (uczulenie surowicą matki względnie płodu, reinjekcya surowicą jedną albo drugą) wykazało, że własności antygenowe obu surowic, jak również przeciwciała, powstające pod ich wpływem w ustroju morskiej świnki, bardzo mało różnią się pomiędzy sobą. Atoksyczność surowicy płodowej zależy od braku przeciwciał normalnych, zjawiających się we krwi dopiero później. Toksyczne działanie surowicy obcej polega na działaniu zawartych w niej przeciwciał na surowicę zwierzęcia injekowanego, która pełni w tym przypadku funkcyę antygenu.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę prof. Dra L. Popielskiego.: **Niekrzepliwość krwi i wazodylatyna (Pepton Witte).**

Wazodylatyna, wprowadzona do krwi, wywołuje dwa ważne zjawiska: obniżenie ciśnienia i niekrzepliwość krwi. Gdy podwiążemy tt. krezkowe, wówczas po wprowadzeniu wazodylatyny krew krzepnie prędzej, jakkolwiek ciśnienie krwi obniża się wyraźnie. Po założeniu przetoki Eckego

zapomocą sposobu Queirolo i po podwiązaniu t. wątrobnej wprowadzenie wazodylatyny wywołuje i niekrzepliwość i obniżenie ciśnienia krwi. Po połączeniu aorty brzusznej z żyłą wrotną i po podwiązaniu tt. krezkowych wazodylatyna obniża ciśnienie, a krzepliwość krwi przyspiesza. Stąd wynika, że krew nie krzepnie pod wpływem wazodylatyny z powodu wytwarzania specyalnego ciała, antytrombiny, wytwarzanego w naczyniach krwionośnych przewodu pokarmowego. Ciało to rzeczywiście istnieje, gdyż, dodane do krwi normalnej, krzepliwość jej zmniejsza. Ciało to powstaje w śródbłonku naczyń krwionośnych przewodu pokarmowego. Zjawisko obniżenia ciśnienia krwi można zatem oddzielić od zjawiska niekrzepliwości krwi na drodze fizyologicznej.

4) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę prof. Dra L. Popielskiego.: **Uciskanie nadnerczy i adrenalina. Przyczyna rzucawki.**

Uciskanie nadnerczy wywołuje zawsze podwyższenie ciśnienia krwi. Wysokość ciśnienia zależy od siły i długości uciskania. Np. przy uciskaniu nadnercza w ciągu 45 sekund co 3—4 sekundy, ciśnienie podniosło się z 92 do 230 mm Hg. Ciśnienie podnosi się nawet przy lekkiem dotykaniu, gładzeniu nadnercza: lekkie dotykanie nadnercza w ciągu 15 sekund wywołało podwyższenie ciśnienia krwi z 80 mm do 120 mm Hg. To podwyższenie ciśnienia krwi, wynikające z uciskania nadnerczy, nie zależy od drażnienia n. trzewnego, gdyż po podwiązaniu jednego nadnercza u samej żyły głównej dolnej, a po wycięciu drugiego, nawet mocne naciskanie pozostawionego w jamie brzusznej nadnercza ciśnienia nie podnosi. Drażnienie n. trzewnego podnosi ciśnienie krwi niezależnie od nadnerczy, gdyż po ich wycięciu ciśnienie krwi podnosi się tak samo, jak przed ich wycięciem. Uciskanie nadnerczy w ustroju ludzkim może być przyczyną stanów patologicznych. Macica w ostatnich dniach ciąży może naprzykład wywołać ucisk nadnerczy i prowadzić do nagromadzenia adrenaliny we krwi. Wywołując niedokrwienie mózgu, adrenalina wytwarza drgawki krótko trwające, wraz z utratą świadomości i osłabieniem. Jest rzeczą zrozumiałą, że te drgawki po rozwiązaniu ustają, co potwierdza obserwacya lekarska. Adrenalina, zwężając naczynia krwionośne, wytwarza bezmocz, nie wywierając jednak szkodliwego wpływu na samą wydzielniczą funkcyę nerek, które, po powrocie ciśnienia do stanu prawidłowego, wydzielają mocz prawidłowy. Podczas rzucawki stale wydarza się bezmocz, po rozwiązaniu znikający. Dotknięte zapaleniem nerki będą oczywiście silniej cierpiały od zwężenia naczyń krwionośnych. Napady mocznicy mogą wikłać rzucawkę, nie stanowiąc jednak jej istoty. Przepełniony pokarmami żołądek, jelita grube wypełnione kałem, mogą wywierać ucisk na nadnercza i wywoływać szereg patologicznych stanów z powodu przedostawania się adrenaliny do krwi. Asteniczne formy zaparcia stolca mogą być wyrazem działania adrenaliny, która znosi ruch robaczkowy jelit.

(Treść 7 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu Lekarskiego«).

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z d. 7. VIII. 1912 r.

Landau przedstawia chorego z **nowotworem**, usadowionym w **zagłębieniu mostowo-móżdżkowem** prawem. Chory M. S., lat 18, rozwijał się prawidłowo, do grudnia 1911 nie chorował. Pierwsze objawy obecnej choroby pojawiły się w pierwszych dniach grudnia ubiegłego roku. Zrazu nieznaczne bóle głowy w okolicy czoła i dzwonienie w uchu prawem. W połowie grudnia zaczął chodzić niepewnie, plątał nogami, musiał leżeć, żeby nie upaść. Po kilku tygodniach niepewność w chodzie znacznie mniejsza, bóle głowy natomiast coraz bardziej się potęgują i co do częstości i co do nasilenia, występując zawsze w okolicy czoła i skroni. W połowie marca b. r. pogorszenie słuchu na uchu prawem i osłabienie wzroku na obu oczach, a od sześciu tygodni brak apetytu, pobudzenie do wymiotów, a nawet i wymioty, i to niezależnie od tego, czy chory co je, czy nie. Zawrotów nigdy nie było. Badanie fizyczne: Bardzo wybitny obrzęk brodawki obu nerwów wzrokowych. Wzrok na oku lewem 0, na oku prawem słabe poczucie światła. Zmiany w zakresie czuciowego nerwu trójdzielnego prawego, a mianowicie wielka bolesność wszystkich pni nerwowych i zniesienie czucia dotykowego, obok przeczulicy bólowej i termicznej w zakresie wszystkich trzech gałązek tegoż nerwu. Obwodowe porażenie nerwu twarzowego prawego bez objawów zwyrodnienia elektrycznego. Częściowe porażenie nerwu słuchowego prawego. Słuch bowiem na uchu prawem niezupełnie zniesiony; że zaś to osłabienie słuchu odnieść należy do zajęcia nerwu, za tem przemawia brak jakichkolwiek zmian w uchu zewnętrznem i środkowem, osłabienie przewodnictwa kostnego po stronie prawej, ujemny objaw Rinnego i zupełny brak kalorycznego drżenia oczu z ucha prawego. Z innych objawów wymienić należy: bezład w zakresie kończyny górnej i dolnej prawej, chód chwiejny z zataczaniem się to w lewo, to w prawo, i to, że chory leży tylko na boku prawym, bo gdy zmieni położenie, to »niedobrze mu koło serca, głowa bardziej boli i nudzi«. Tętno 92. Odczyn Wasssermana z krwi ujemny, Pirqueta dodatni. Rentgenogram ujemny. Ciśnienie płynu mózgowordzeniowego 43 mm. rtęci. W płynie 0,36 białka (Stolników) i 6% neutrofilów. Narządy wewnętrzne bez zmian. L. rozpoznaje nowotwór w zagłębieniu mostowo-móżdżkowem prawem i uważa szybki zabieg operacyjny za wskazany ze względu na zachowane jeszcze poczucie światła na oku prawem.

W dyskusyi podnosi Borowiecki prawostronne zboczenie, a więc przeciwnie, niż się to spotyka przy guzach mostu. Tłomaczyłby to sobie jako wynik nie porażenia, ale podrażnienia drogi asocyacyjnej. Wspomina, że doświadczenia na zwierzętach wykazują zależność zataczania się w tę lub w ową stronę od czasu, w jakim badamy zwierzę po operacyi. — Piltz zwraca uwagę na brak zawrotów mimo umiejscowienia nowotworu i na zmniejszanie się całego szeregu objawów, między nimi i bezładu móżdżkowego, mimo obecności i rozrastania się guza. Zapytuje nadto, czy nieustających i silnych bólów głowy nie tłomaczyłoby przypuszczenie, że punktem wyjścia nowotworu są opony.

Zabiegu operacyjnego dokonano na klinice chirurgicznej. Operacya miała być dwuczasową. Chory zmarł jednak już po pierwszym zabiegu, który ograniczył się jedynie do otwarcia czaszki i podwiązania zatok. Autopsya wykazała obecność dużego nowotworu w zagłębieniu mostowo-móżdżkowem prawem z daleko idącemi zmianami miejscowemi ze strony mózgu.

2) Jasieński przedstawia chorą, Z. S., lat 33, przysłaną z kliniki chirurgicznej dnia 29 kwietnia 1912 z rozpoznaniem: **akromegalia, guz przysadki.** Ojciec chorej z chwilą przyjścia jej na świat miał 82 lat, matka (trzecia jego żona) lat 30. Opilstwa w rodzinie nie było. Matka chorej raz roniła, urodziła 6 dzieci, z których 3 zmarło, jedno na chorobę umysłową. Oboje rodzeństwo chorej są wątli. Chora przyszła na świat jako zdrowe dziecko, chorób dziecinnych nie przechodziła, rozwijała się prawidłowo. W 10 r. życia przechodziła ospę, w 15. czerwonkę, w 20. zimnicę. Regularności dostała w 18 r. życia. Miesiączka bywała bolesna, obfita, trwała do 8 dni. W okresie tym chora nie mogła pracować, czuła się bardzo osłabioną, miała dreszcze. W 21 r. życia wyszła chora zamąż, a w dwa lata później urodziła zdrową córkę. Poza tem w ciążę nie zachodziła. Chorób wenerycznych nie przechodziła. Pierwsze zwiastuny choroby sięgają 10 lat wstecz. W 23 r. życia, po urodzeniu dziecka, słabła chora potrosze, cierpiała na bóle

głowy po stronie prawej, a regularność ustała i nie pojawiła się aż do dziś. W okresach miesięcznych jednak czuje się chora bardziej osłabioną, cierpi na ból głowy i krzyżów, — aż do dzisiejszej pory. Wyraźne objawy choroby pojawiły się przed 8 laty, w 25. roku życia. Usposobienie chorej wówczas zmieniło się, chora bywała bardzo rozdrażnioną, wybuchała gniewem. Rysy twarzy zaczęły grubieć, a kończyny nadmiernie rozrastać się, cała postać poczęła się zniekształcać. Najpierw poczęła grubieć twarz, i to nos, następnie kości jarzmowe, szczęka dolna i język. Kolejno poczęły grubieć ręce, i to dłonie od stawu garstkowego (ramiona mniej). Nogi grubiały równomiernie w udach i goleniach, najbardziej zaś znowu stopy. Chora poczęła nadmiernie rosnąć, (od 18 r. życia urosła o głowę), a ręce i nogi poczęły się wydłużać. Skóra pociemniała, zgrubiała, stała się bardzo tłustą, o cuchnącym pocie, włosy znacznie zrzedły, a tak stały się tłuste, że chora po czesaniu musi ręce myć. Chora twierdzi, że urosły jej znacznie uszy i język. Równolegle jednak z tem olbrzymieniem chora czuje się coraz bardziej osłabioną i bezsilną, senną, nie może pracować, zaledwie ma siły szyć, na oko prawe widzi gorzej, oko to zachodzi często łzami. Dokucza jej często bicie serca, połączone z uczuciem lęku, miewa czasem nudności, skarży się na uczucie drętwienia w kończynach, ciężkość w nogach, bóle krzyżów, pleców, bóle pod piersiami. Apetyt znaczny, pragnienie wzmożone. Obecnie jest usposobienia cichego, cierpliwego, pamięć ma dobrą. Wymiotów nie miewa, nie ma bolów, ani zawrotów głowy, nie miewała drgawek, ani utraty przytomności. — Badanie fizyczne wykazuje czaszkę przy opukiwaniu tkliwszą w okolicy guza prawej kości ciemieniowej. W zakresie nerwów czaszkowych nie ma żadnych zmian, z wyjątkiem słabszej może nieco dolnej gałązki nerwu twarzowego prawego. Gruczoł tarczowy nieco powiększony. Po stronie prawej bardzo znacznie powiększony, bolesny pakiet gruczołów podszczękowych. Na oku prawem u dolnego wewnętrznego brzegu rogówki plamka brązowawo zabarwiona, przechodząca na twardówkę. Garb średniego stopnia w części szyjnej i górnej grzbietowej, odpowiednie wygięcie części lędźwiowej ku przodowi. Wszystkie ruchy kończyn górnych i dolnych wydatne. Odruchy kończyn górnych, brzuszne, kończyn dolnych — zachowane, równe, nie podwyższone. Bezładu, drżenia przy ruchach, objawu Romberga niema. W moczu niema białka i cukru. Badanie dna oka wykazało stosunki prawidłowe, tarcza prawa może tylko nieco bledsza. Bystrość wzroku prawidłowa. Badanie pola widzenia wykazało połowicze obustronne niedowidzenie skroniowe prawie zupełne dla wszystkich barw. Kilkakrotnie przeprowadzone badania wykazały zmienność obszaru pola widzenia dla wszystkich barw, charakter jednak widzenia połowiczego był zawsze bardzo wybitny. Słuch bez zmian. Smak rzekomo lepszy w lewej połowie języka. Węch rzekomo lepszy w lewej dziurce nosowej. Odczyt Pirqueta bardzo słabo dodatni, Wassermana dodatni. Badanie promieniami Röntgena wykazało obecność nowotworu w okolicy siodła tureckiego. Chora sprawia wrażenie niekształtnego olbrzyma o zniekształconych rysach twarzy, długich rękach, sięgających kolan, potwornie powiększonych dłoniach i klocowatych nogach. Sklepienie czaszki kształtne (obwód 58 cm). Czoło kształtne, jedynie łuki nadoczodołowe zgrubiałe. Uszy odstające o przyrośniętych olbrzymich płatkach wielkości $^1/_3$ całego ucha. Łuki jarzmowe znacznie powiększone. Nos wystający $5^1/_2$ cm. Szczęka dolna w całości powiększona tak, że chora nie może jej cofnąć poza szczękę górną i ramię poziome szczęki (od kąta prawego do lewego) mierzy 26 ctm. Język znacznie powiększony, mięsisty, gruby. Przegroda nosowa wygięta ku stronie lewej, błona śluzowa nosa znacznie zgrubiała, zasiana, zwłaszcza po stronie prawej, polipami. Błona śluzowa ust i gardła prawidłowa. Skóra zgrubiała, tłusta, spocona, ciemna, zasiana bardzo licznemi znamionami barwikowemi oraz drobnemi brodaweczkami brunatnemi na wązkiej szypułce, zwłaszcza na plecach. Plecy w dolnych częściach krótkim ciemnym włosem omszone. Włosy krótkie, rzadkie, tłuste. Mostek długości $22^1/_2$ cm, o rozdwojonym wyrostku mieczykowatym, pod uderzeniem młoteczka tkliwy, miejscami bolesny. Piersi rozwinięte prawidłowo. Od dolnego brzegu klatki piersiowej zwisają grube fałdy skóry. Brzuch wystający, twardy, przy badaniu tkliwy, zwłaszcza po stronie prawej. Części płciowe i owłosienie ich, jako też owłosienie pach bez zmian. Palce rąk maczugowate. Długość 3. palca ręki prawej 11 cm., obwód $8^1/_2$ cm. Nogi zgrubiałe: Obwód uda $56^1/_2$ cm., łydki $38^1/_3$ cm., w kostce $25^1/_2$, obwód stopy przez podeszwę i podbicie 29 cm., obwód palca wielkiego $11^1/_2$, długość palca drugiego $5^1/_2$. Chora rusza się powoli, bezradnie i ciężko.

Chorą operowano. Zmarła nazajutrz po operacyi. Autopsya wykazała obecność guza przysadki.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 15. III. 1912.

Zebranie odbyło się w Sanatoryum SS. Elżbietanek, założonego dzięki inicyatywie kol. Dr Mieczkowskiego.

1) Kol. Mieczkowski przedstawia a) chorą z zupełnem **wycięciem krtani z powodu raka**. Rana prawie zabliźniona. Przy zatkaniu otworu chora może wymawiać słowa szeptem. b) Przypadek **linitis hyperplastica**. Wycięcie z żołądka guza, który sprawiał wrażenie raka. Dopiero badanie drobnowidowe upewniło rozpoznanie tej rzadkiej sprawy. c) **Woreczek żółciowy,** przepełniony kamieniami, wycięty u 48-letniej chorej. d) **Gastroenteroanastomozę**, wykonaną przed 3 dniami. Chory już wstaje. e) **Raka żołądka**, przechodzącego na śledzionę. f) **Raka żołądka** u 33-letniego mężczyzny. g) Przypadek operowany z powodu **nowotworu okrężnicy,** przedstawiony na Walnem Zebraniu; wytworzył się odbyt sztuczny, obecnie zagojony. Operacya odbyła się w dwóch etapach. h) **Rentgenogramy** kamienia nerkowego, 2 kamieni moczowych, złamania żuchwy, zwichnięcia i złamania w łokciu, złamania powikłanego w kostce, dwóch przypadków oderwania wielkiego guzka ramiennego. i) T. zw. »Reitknochen« **(kostniak kości udowej)** u 50-letniego obywatela ziemskiego, który dużo jeździ konno.

2) Kol. Jezierski przedstawia a) chorego, u którego rozpoznanie było bardzo trudne. Chodzi o 19-let. fornala, który w grudniu 1911 r. zachorował z bólami wewnętrznymi, zaburzeniem świadomości i objawami duru. Odczyn Widala był dodatni w I. i II. próbie, przy trzeciej próbie bakteryologicznie już nic nie znaleziono. Śledziona nie powiększona. Prelegent zastosował więc nowy środek rozpoznawczy, badając lepkość krwi; wynik dodatni przemawiał za zajęciem otrzewnej. Gorączka miała charakter durowy. Wytworzył się wysięk w prawej opłucnej. Nakłucie, badanie na wzór Pirqueta, odczyn dwuazowy Ehrlicha, badanie kału i moczu z wynikiem ujemnym. W końcu przyłączyły się powikłania w postaci czyraków skórnych. Prelegent rozpoznał **peritonitis diffusa i pleuritis diffusa dextra**. Choroba trwała 3 miesiące.

b) Drugi przypadek, dotyczący 30-letniego rzeźnika, jest niejako przeciwstawieniem pierwszego. Dolegliwości ogólne, brzuszne, bladość, mierna gorączka, rozwolnienia, odczyn Widala dodatni, śledziona powiększona, leukocytów 4200, limfocytów aż 34%, stolec z krwią, ogólne osłabienie. Rozpoznanie: **dur brzuszny**. Mówca dodaje, że odczyn Widala czasami jest dodatni także przy kile i zwykłem zapaleniu jelit (enteritis).

c) Trzeci przypadek dotyczy nauczyciela 50-letniego. Mocz przy gotowaniu pozostaje czysty, cukru nie ma. Ciężar 1025. Odczyn Essbacha wykazuje jednak 12‰ białka, drobnowidowo wałeczki, nabłonki i liczne krwinki. Okazuje się,

że niezwykłość odczynu polega na **przeładowaniu moczu moczanami,** po których strąceniu dopiero się białko uwydatnia. Chory umarł na zapalenie nerek.

d) Zapalenie płuc, 8. dnia silny skok ciepłoty, kaszel. Nakłucie nic nie wykazuje. Blizko serca bębnica, metaliczne rzężenia. Chory tej nocy wykrztusił $^1/_2$—$^3/_4$ litra ropy. Nowy napad i znów 1300 posokowatej ropy. Prelegent rozpoznaje **ropień prawego płuca.**

W dyskusyi poleca kol. Fr. Chłapowski przy nadmiernej kwaśności krwi atofan, który jest dobrym środkiem leczniczym i rozpoznawczym w dnie. Należy go jednak stosować z większą ilością wody. — Kol. Jezierski zaznacza, że istotnie atofan przyczynia się do wydzielania kwasu moczowego, ponieważ jednak czasami wywołuje krwawienie nerkowe, przeto należy być ostrożnym, jeśli nerki nie są zdrowe. — Kol. Pomorski zapytuje o technikę próby skórnej durowej, którą kol. Jezierski wyjaśnia. Próba odpowiada metodzie Pirqueta, z tą różnicą, że używa się nie tuberkuliny, tylko obumarłych lasecznikow durowych.

3) Kol. Łazarewicz poświęca kilka gorących słów pamięci przedwcześnie zmarłego kolegi Dra Władysława Wyszyńskiego z Koźmina. Nietylko jako lekarz, jako wierny członek Wydziału i serdeczny kolega, ale jako obywatel, który biorąc najżywszy udział w pracy społecznej stargał swe siły, Zmarły zyskał sobie ogólne uznanie i szacunek. Dowodem był wspaniały pogrzeb, w którym wzięła udział delegacya Wydziału lekarskiego. Pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie.

Zebranie Wydziału z dnia 29. III. 1912.

1) Kol. Mieczkowski zdaje sprawę z przypadku **torbieli nasiennej** u 54-letniego mężczyzny. Nakłucie wykazało, że chodzi o torbiel nasienną, płyn bowiem był mętny, opalowy i zawierał plemniki. Należy przypuszczać, że wytworzył się torbiel naczyńka nasiennego; etyologicznie wchodzą w rachubę uraz lub wiewiór. Przy wodniaku nie wyczuwa się jądra, gdy tutaj było wyraźne, co rozpoznawczo jest ważne.

W dyskusyi zaznacza kol. Nowakowski, że i przy wodniaku można odgraniczyć jądro, co kol. Mieczkowski uważa za wyjątek. — Kol. Łazarewicz sądzi, że dlatego przy wodniaku trudno jądro wyczuć, ponieważ pływa ono w płynie, gdy przy torbieli nasiennej torbiel znajduje się poza jądrem. — Kol. Karwowski przypuszcza, że skoro plemniki były żywe w płynie, musiała być komunikacya torbieli z jądrem.

2) Kol. Wierzejewski przedstawia zapomocą obrazów świetlnych cały szereg ciekawych **zdjęć rentgenowskich**, mianowicie skrzywienia wrodzone kręgosłupa. Prelegent podnosi, że żebra szyjne, ani też odmiany w liczbie kręgów nie mogą wywołać skrzywień poważniejszych. Wywołują je raczej kręgi klinowe, zrosty między trzonami kręgów i wyrostkami stawowymi. Zrosty kostne najczęściej zdarzają się między tyłogłowiem a kręgiem szczytowym, oraz między piątym kręgiem lędźwiowym, a kością krzyżową. Powstanie zrostów mowca tłomaczy przeszkodami w embryologicznej segmentacyi kręgosłupa i następnie nieprawidłowem skostnieniem więzadeł.

W dyskusyi przedstawia kol. Nowakowski własne zdjęcia rentgenowskie, dotyczące sakralizacyi i lumbalizacyi. — Kol. Karwowski zapytuje, jak się leczy tego rodzaju skrzywienia? — Kol. Łazarewicz porusza sprawę rozwoju kręgosłupa. — Kol. Święcicki: możnaby sprawdzić, że teorya niedokonanej segmentacyi kręgosłupa jest słuszną przez anatomiczne wykazanie, iż budowa części gąbczastej i zbitej jest taka sama w zrośniętych, jako w prawidłowych kręgach. Dalej podnosi mowca bardzo interesujące doświadczenia Loeba z Kalifornii i prosi o referat: »O przemianie soli mineralnych w ustroju«, któryby wywołał wielkie zainteresowanie. — Kol. Chłapowski nie godzi się na teoryę soli przy wadach rozwojowych czaszki, chodzi tu raczej o sprawy amniotyczne. O skróceniach osi kręgosłupa wrodzonych w przeciwieństwie do wadliwego rozwoju czaszki i jego przyczyn (Ballantyne w Edynburgu) stosunkowo bardzo mało pisano. — W odpowiedzi zaznacza kol. Wierzejewski, że leczy się zrosty czaszkowo-kręgowe podobnie, jak szyję krzywą (caput obstipum). Co do budowy kręgów, to przy klinach jest ona prawidłowa, przy zrostach odmienna od prawidłowej. Co do soli, to przytoczył tylko tę teoryę, nie zaznaczając, jakoby sam był jej zwolennikiem.

3) W wolnych głosach zwraca kol. Chłapowski uwagę, że koledzy za mało osiedlają się na prowincyi, natomiast w Poznaniu samym daje się odczuć nadprodukcya lekarzy. Dalej omawiają koledzy Gantkowski, Łazarewicz, Chłapowski sprawę reklamowanych w prasie codziennej środków leczniczych, których lekarze polecać nie powinni. W końcu zawiadamia kol. prezes, że będzie u prof. Baranowskiego i wyrazi Jubilatowi życzenia Wydziału.

Adam Karwowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 13. XI. posiedzenie, na którem doc. Dr Mazurkiewicz miał wykład: »O asymetrycznych czynnościach półkul mózgowych«, poczem odbyła się ożywiona dyskusya nad wykładem prof. Piltza (z d. 6. XI.), w której uczestniczyli Dr Blassberg, Mazurkiewicz, Rosenhauch, Rydel i prelegent.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 9. XI. następującemi sprawami: Podręcznik higieny i somatologii. Docentura higieny w seminaryum w Stanisławowie. Podwyższenie taks szpitalnych w Dolinie i Przemyślanach. Grobowiec rodzinny w Kleczy. Sprawa zakładania sanatoryów i zakładów leczniczych. Zakład wodoleczniczy w Zakopanem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. XI. do 9. XI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (obcych 7 † —), krztuśca —, ospy wietrznej 1, płonicy 11, odry —, duru brzusznego 1 † — (1 † —), gorączki połogowej 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Czytamy w »Gazecie lekarskiej« (Nr 43): »Otrzymaliśmy bardzo pomyślną wiadomość, że z początkiem roku przyszłego zacznie wychodzić w Wilnie miesięcznik p. t. »Lekarz wileński«, poświęcony medycynie ogólnej, oraz uwzględniający sprawy lekarskie miejscowe na Litwie i Rusi. Numer okazowy ma wyjść w grudniu r. b. Zapowiedź powyższa znajdzie niewątpliwie radosne echo w kołach lekarskich polskich«.

Łódź. Dr Władysław Schoenaich, naczelny lekarz szpitala dla dzieci im. Anny-Maryi, wydał sprawozdanie tego szpitala za r. 1911. Jestto szóste z rzędu drukiem ogłoszone sprawozdanie tej instytucyi, która aż do otwarcia nowego szpitala pedyatrycznego warszawskiego była niewątpliwie najnowocześniej urządzonym i najlepiej uposażonym szpitalem dziecięcym w Polsce; różni się ono od poprzednich sprawozdań, ogłaszanych przez Dr J. Brudzińskiego, zasłużonego organizatora szpitala i pierwszego jego lekarza naczelnego, a obecnego kuratora honorowego, tem, że wyszło jako osobna broszura i że oprócz sprawozdania dorocznego, objaśnionego całym szeregiem zestawień tabelarycznych, zawiera krótki zarys dotychczasowych dziejów szpitala, oraz szczegółowy a pouczający opis obecnej organizacyi jego, uzupełniony przytoczeniem rozmaitych instrukcyi dla personalu i t. d. Sprawozdanie to podobnie, jak sprawozdanie drugiego szpitala łódzkiego, im. Poznańskich, może pod wielu względami służyć za wzór prac podobnych, a powinno być zachętą dla innych naszych szpitali do takichże publikacyi, na których piśmiennictwu naszemu tak bardzo dotąd zbywa, (jak to udowadnia w »Gazecie lek.« Dr Br. Sawicki w swem sprawozdaniu z książki Dr Bączkiewicza o niedawno zwiniętym Zakładzie pedyatrycznym warszawskim, która również stanowi jeden z rzadkich u nas, a godnych naśladowania przykładów). Wspomnieć należy, że w losach szpitala Anny-Maryi zaszła w r. 1910 ważna zmiana, gdyż fundatorowie, pp. Herbstowie, ofiarowali w tym roku szpital Łódzkiemu chrześciańskiemu Towarzystwu dobroczynności, składając mu jednocześnie 100.000 rb. jako kapitał żelazny i 50.000 rb. jako kapitał obrotowy. W pierwszem pięcioleciu

udzielił szpital opieki 6.566 dzieciom przez 136.912 dni, a w ambulatoryum leczono 42.022 dzieci. W r. 1911 przyjęto do szpitala 1.342 dzieci, które przebyły w nim 33.333 dni (najwyższa liczba od założenia szpitala), ambulatoryjnie zaś udzielono 8109 dzieciom 15404 porad.

Prawie równocześnie wyszło sprawozdanie szpitala Poznańskich, z którego główne dane przytoczymy przy najbliższej sposobności.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 28. X. do 4. XI. 1912 przypadków: ospy 1, płonicy 1, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Dyplomy lekarskie po złożeniu egzaminów państwowych w Kijowie otrzymali następujący doktorzy wszechnic zagranicznych, rodem z Królestwa polskiego: (Wychowańcy i doktorzy Uniwersytetu Jagiellońskiego): Buczkiewicz Antoni, Buszkowski Władysław, Dębnicki Józef (z odznaczeniem), Krawczyński Stanisław (z odznaczeniem), Lipski Edmund (z odznaczeniem), Lubczyński Józef, Mossakowski Jan, Miłoszewski Mieczysław, Radwan Stanisław, Różycki Feliks Jan; (wychowańcy i doktorzy uniwersytetu lwowskiego): Kożuchowski Tomasz, Walewski Ludwik; (wiedeńskiego): Neuman Jakób, Poznański Józef; (studya w Krakowie i w Wiedniu, doktorat w Wiedniu): Swida Michał (z odznacz.); (studya w Krakowie, doktorat w Zurychu): Bobrowska-Ossowska Alicya; (studya i dyplom we Wrocławiu): Jonszer Karol (z odzn.), Klukow Stanisław, Przedborski Jan (z odzn.), Radziejewski Adam, Tropauer Karol, Wolenberg H.: (studya i dyplom w Lipsku): Sonnenberg-Bergson Henryk (z odzn.), Blumstein M.; (studya w Krakowie i Freiburgu, dyplom we Freiburgu): Bojakowski Leonard; (studya w Paryżu): Altermann.

— Od obecnej pory dyplomy lekarskie, uzyskane w Austryi, nie mają znaczenia na Węgrzech i naodwrót.

— Na plac boju na Bałkanie powołały licznych ochotników-lekarzy ze wszystkich krajów względy humanitarne, obok których po części odgrywały rolę także sympatye narodowe, poczęści chęć zebrania doświadczenia w chirurgii polowej. I tak austryackie »Towarzystwo Czerwonego krzyża« urządziło szpital w Podgoricy dla czarnogórców, wysyłając tam trzech lekarzy; prócz tego wysłano ambulans z jednym lekarzem pod Skutari. Z Pragi udał się prof. Jedlička z 3 asystentami do Serbii, a 7 lekarzy do Czarnogóry. Do Bułgaryi udał się asystent Eiselsqerga, prof. Clairmont i 4 lekarzy słowieńskich z Lublany pod kierunkiem prymaryusza Dr Slajmera. O udziale polskich lekarzy nic dotąd nie wiadomo.

Mianowani: doc. Gauss we Fryburgu w Br. i doc. Goldstein w Królewcu profesorami tytul.; chirurg Dr Brüning profesorem w Giessen, anatom Dr Roud i patolog Dr Beitzke profesorami zwycz. w Lozannie.

Zmarli: Dr Otton Fedorowicz z Mińska lit. w Warszawie; Dr Hipolit Demiński w Rachime gub. Astrachańskiej na dżumę płucną, którą zaraził się przy badaniu susłów zakażonych, jako pomocnik w astrachańskiej pracowni bakteryologicznej.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1912 (dokończenie):

Postęp okulist. Nr 7—8. Rumszewicz: O półksiężycowych skórzakach tłuszczakowych spojówki. — Wicherkiewicz: 1) Ostre przerzutowe zapalenie spojówki. 2) Samoistne zwichnięcie soczewki od przedniej komory.

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 7—9: Ksawery Watraszewski (życiorys). — Teofil Żera (życiorys). — Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią siarki. — Bernhardt: Leczenie wilka pospolitego metodą Herxheimer-Altmanna. — Wojciechowski: Wartość uproszczonego przez Bauera i Hechta odczynu Wassermanna. — Pstrokoński: Z powikłań rzeżączki.— Racinowski: Przypadek cutis verticis gyratae Jadassohn-Unnae.— Wernic: O leczeniu róży. — Malinowski: Neosalwarsan a salwarsan. — Giedroyć: Domy wilczkowania. — (Zeszyt ten jest poświęcony Jubilatom: Dr Watraszewskiemu i Dr Żerze).

Zdrowie Z. 10. J. Jaworski: Materyały do statystyki i etyologii raka. — Męczkowski: W sprawie t. zw. »chroników szpitalnych«. — Lidmanowski: W sprawie odżywiania się ludu.

Przegląd higieniczny Nr 10. Panek: Wychowanie fizyczne w programie zadań Sokolstwa polskiego.

Kronika dentyst. Nr 10. Zilz: Salwarsan w dentystyce. — Krakowski (c. d.).

Słowo lekarskie Nr 18—19. Ciechanowski: Higiena przemysłu w Galicyi w świetle sprawozdań inspektoratów przemysłowych za r. 1911. — Niegdyś, a dzisiaj. — Stahr: O nowym projekcie ustawy karnej. — (Sch.) XVIII. Wiec austryackich Izb lekarskich.

Głos lekarzy Nr 20—21. Pappée: XVIII. Wiec Izb lekarskich (20). — I. Kongres higienistów polskich (20). — Rehabilitacya lekarza (20). — Mikołajski: Kasy chorych w Galicyi (c. d. 20—21). — Stosunki służbowe lekarzy szpitalnych (20).

Nasze Zdroje Nr 20—23. J. I. Kraszewski o zdrojownictwie polskiem. — N. Z. Związkowy Wiec zdrojowy w Krynicy. — Zapolska: Z szczytowych widnokręgów Tatarowa. — Schipper: Przyszłość Truskawca. — Klęsk: O spokoju i ciszy naszych zakładów w zdrojowiskach i uzdrowiskach. — Zaleski, Szuberla i Tatarczuch: W obronie dobrej sprawy. — Stadnicki: W sprawie Szczawnicy. — Sprawy zdrojowisk na VI. Zjeździe techników w Krakowie. — Bandrowski: Czy tylko u obcych uczyć się mamy? — Żebrowski i Bratkowski: Wpływ wody druskienickiej »Nasza« na wydzielanie soku żołądkowego. — Żmijewska: Worochta. — Trzeci sezon zdrojowy w prasie polskiej. — Nasz program kolejowy. — Łobaczewski: Wystawa architektury w Krakowie. — Bandrowski: Kongres radio- i elektrologów w Pradze. — O kolej do Kosowa. — O pocztowe samochody. — Kaden: Z gospodarki zdrojowej w Belgii. — Piotr Skarga na polu szpitalnictwa.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 12. Pelczar (dok.).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. listopada 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Marchlewski: Nowsze postępy chemii biologicznej. 2) Dyskusya nad wykładem Doc. Mazurkiewicza.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Narzędzi Tantal dostarczaja zast. gener. Waldek & Wagner, c. k. dost. dworu, Praga, Graben 3. (Patrz ogłoszenie).